العلاج المعرفي السلوكي المعاصر

الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية

البروفيسور : هوفمان إس جي

ترجمة د. مراد على عيسى



دار الفجر للنشر و التوزيع

العلاج المعرفي السلوكي المعاصر

الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية

العلاج المعرفي السلوكي المعاصر

(الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية)

تأليف

البروفيسور : هوفمان إ س جى

ترجمة

دكتور / مراد على عيسى

دار الفجر للنشر والتوزيع
2012

العلاج المعرفي السلوكي المعاصر

الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية

تأليف

البروفيسور : هوفمان إ س جى

ترجمة

دكتور / مراد على عيسى

An Introduction to Modern CBT

Psychological Solutions To Mental Health Problems

The First English Edition Published 2012 by John Wiley

حقوق النشر

الطبعة العربية الأولى 2012

جميع الحقوق محفوظة

لدار الفجر للنشر والتوزيع

رقم الإيداع

13460

الترقيم الدولي I.S.B.N.

978-977-358-252-9

دار الفجر للنشر والتوزيع

4 شارع هاشم الأشقر – النزهة الجديدة

القاهرة – مصر

تليفون : 26242520 – 26246252 (00202)

فاكس : 26246265 (00202)

E-mail : daralfajr@yahoo.com

فهرس المحتويات

المقدمة

الاضطرابات النفسية شائعة ، و تتسبب فى درجة كبيرة من المعاناة الشخصية و الأعباء المالية المُلقاة على عاتق المجتمع . هناك الأدوية التى تؤثر على العقل و المزاج و العمليات العقلية الأخرى – هذه الأدوية تُستخدم لعلاج هذه المشكلات .هذه الأدوية من بين المنتجات الأكثر نجاحاً ذات الربح الاقتصادى العالى .

فى حين أن العلاجات النفسية – خصوصاً العلاج المعرفى السلوكى بدائل فعالة لهذه العلاجات الدوائية . تجدر الإشارة إلى أن العلاج المعرفى السلوكى نوع من العلاج بسيط ، حدسى ، وواضح ، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تتقاسم نفس الأفكار الرئيسية ، تحديداً المعارف التى تؤثر بشكل سببى ، و قوى فى الوجدانيات و السلوكيات ، و من ثم تسهم فى الإبقاء على المشكلات النفسية .

تعتمد أساليب العلاج ، و هذا النموذج الخاص على الاضطراب المستهدف ، و تتغير الأساليب كلما زادت المعلومات عن المشكلة المستهدفة . هذا الكتاب يعطى مقدمة عن مدخل العلاج المعرفى السلوكى المعاصر لبعض الاضطرابات النفسية . على الرغم من أن العلاج المعرفى السلوكى أصبح مألوفاً ، و معروفاً ، إلا أن هناك مازالت مفاهيم خاطئة ، و "أخطاء معرفية " (ليس هناك أى تورية) تتعلق بهذا العلاج الذى يسلك طريقه بشكل صحيح فى سبيل الهيمنة على علاج الاضطرابات النفسية . الهدف هو تلخيص استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى التى ثبتت فعاليتها تجريبياً ، بالإضافة إلى المداخل المعاصرة للعلاج المعرفى السلوكى التى مازالت تحتاج إلى صدق من التجارب العيادية ، و الاختبارات المعملية جيدة الضبط .

إن الرسالة الرئيسية لهذا الكتاب بسيطة ، ألا و هى : إن العلاج المعرفى السلوكى نموذج مترابط ، إلا أنه ليس مدخل واحد فقط . نظراً لأن العلاج المعرفى السلوكى متطور و متغير ، حيث تراكمية المعرفة التى يتعرض لها ، فمن الأهمية النظر إليه على أنه فرع من فروع العلم الناضجة و ليس مجرد مجموعة من الأساليب العلاجية الخاصة . و يعود السبب فى ذلك إلى التعهد القوى إلى العمل العلمى ، و الانفتاحية على ترجمة ، و دمج النتائج التجريبية الجديدة عن علم الأمراض النفسية للاضطراب فى نموذج عملى للعلاج المعرفى السلوكى الخاص بالاضطراب .

و هذه عملية مستمرة و متكررة ، على سبيل المثال ، إن العلاج المعرفى السلوكى لاضطرابات القلق بدت – منذ عشر سنوات مضت – مختلفة تماماً عن العلاج المعرفى السلوكى لهذه الاضطرابات فى الوقت الراهن . على الرغم من بقاء الافتراض الرئيسى للعلاج المعرفى السلوكى كما هو – و هو أن التغيرات فى المعارف تتنبأ بشكل سببى بالتغيرات فى علم الأمراض النفسية – إلا أن الأساليب العلاجية الخاصة تغيرت بالتأكيد ، و سوف تستمر فى التغير كلما تقدمت البحوث الرئيسية فى مجال علم الأمراض النفسية .

نأمل فى أن هذا الكتاب سوف يُيسّر فهم العلاج المعرفى السلوكى. تظهر الدراسات التى تقارن بين العلاج المعرفى السلوكى و العلاج الطبى الدوائى أن العلاج المعرفى السلوكى على الأقل مماثل فى الفعالية للعلاج الطبى الدوائى ، و فى كثير من الحالات تبين أن العلاج المعرفى السلوكى أفضل من العلاج الطبى الدوائى الأكثر فعالية ، خصوصاً عند اعتبار التأثيرات طويلة المدى . بالإضافة إلى ذلك ، فإن العلاج المعرفى السلوكى يمكن تحمله بشكل جيد ، كما أنه أقل تكلفة ، و تصحبه تعقيدات أقل إذا ما قورن بالعلاج الطبى الدوائى . و مع ذلك ، يظل العلاج الطبى الدوائى هو العلاج القياسى للمشكلات النفسية المألوفة ، أو الشائعة .

هناك عدة أسباب تفسر علة أن العلاج المعرفى السلوكى يسعى لأن يكون الخط العلاجى الأول ، أو الخط العلاجى الأول البديل للعديد من المشكلات النفسية . هناك اهتمام راسخ لدى شركات الأدوية بتطوير و بيع العلاجات الطبية ، لأنها مصدر كسب مادى كبير ، كما أن كثير من الناس يكسبون أموالاً طائلة من إنتاج و بيع الأدوية الطبية ، على سبيل المثال : الباحثون الذين ينتجون الدواء ، و الباحثون و البائعون الذين يعملون فى صناعة الأدوية ، و الأطباء و الممرضات الذين يصفون هذه الأدوية . بالمقارنة ، فإن العلاج المعرفى السلوكى أقل ربحاً. هذه العلاجات ينتجها الأخصائيون النفسيون كجزء من المشاريع البحثية . إذا حالف الباحث الحظ ، فإنه قد يُمنح جائزة ، أو منحة من مؤسسة قومية للصحة العقلية لاختبار فعالية هذا العلاج . و مع ذلك ، فإن هذه الجوائز ، أو المنح نادرة و من الصعب الحصول عليها . علاوة على ذلك ، فإن التمويل الذى يُقدّم لهذه التجارب عبارة عن صرخة بعيدة من أرباح صناعة الأدوية . نأمل فى أن هذا الكتاب يساعد فى نشر العلاج المعرفى السلوكى بين العامة المتعلمين .

من المتعارف عليه أن العلاج الطبى الدوائى مُفضّل على التدخلات النفسية بسبب الخاصية ، أو الوصمة المصاحبة لعلم الأمراض النفسية . إن تناول قرص دواء لمشكلة ما يوحى بأن المشكلة ذات صلة بالحالة الطبية . و هذا بدوره يحوّل السبب المفترض للمشكلة من سلوك المريض أو التفكير اللا تكيفى إلى اللا توازن الكيميائى الحيوى ، كما أن العلاج النفسى يخلص المريض من أعباء المسئولية . إن ربط المشكلات النفسية بالخلل التنظيمى الكيميائى الحيوى يتفق أيضاً مع النموذج الطبى العام للمعاناة الإنسانية و يعطى انطباع بأن العلاج الطبى الدوائى يعالج أصل سبب المشكلة . إن المتخصصين فى مجال العناية بالصحة العقلية يعرفون أن هذا بعيد عن الحقيقة ، حيث إن النماذج النفسية تقدّم تفسيرات مُصدّقة من

الناحية العلمية للمشكلات النفسية . و من ثم ، فإن هذا الكتاب سوف يزوّد القارئ بهذه النماذج النفسية المعاصرة .

أخيراً فإن تفضيل العلاج الطبى الدوائى على العلاجات النفسية يبدو مرتبطاً بالافتراض الخطأ بأن العلاج الطبى الدوائى له أساس علمى فائق مقارنة بالعلاجات النفسية . لقد خضع العلاج الطبى الدوائى لفترات طويلة من البحث من اجل تحقيق السلامة و الفعالية. بدأت هذه الاختبارات على الحيوانات ، و بعد ذلك تم تجريب العلاج على الإنسان . على النقيض ، فإن عملية إعداد العلاج النفسى غير معروفة لكثير من الناس . فى هذا الكتاب ، نهدف إلى توضيح هذه العملية و إيجاز الأساس التجريبى لتنمية العلاج النفسى .

أُعدّ هذا الكتاب للطلاب و الأطباء ، بالإضافة إلى صانعى السياسيات و المستهلكين الذين يريدون التعلم عن خيارات العلاج النفسى الفعالة . لم يكن القصد من هذا الكتاب هو كتابة كتاب يساعد الفرد ذاتياً ، و لكن الهدف هو تقديم دليل علاجى عملى يسير خطوة – خطوة و ذلك لبعض الحالات النفسية الشائعة ، يُقدّم لأولئك الذين يرغبون فى تعلم البدائل العلاجية النفسية للاضطرابات العقلية الشائعة . إن اختيار الاضطرابات المذكورة فى هذا الكتاب جاء عشوائياً ، كما أن الكتاب لم يشمل اضطرابات هامة مثل اضطرابات الطعام ، و اضطرابات الشخصية ، و الاضطرابات الذهنية . علاوة على ذلك ، فإننى لم اجمع العديد من الأدبيات المتعلقة بالعلاج المعرفى السلوكى و لكن أزوّد القارئ بلقطات عن بعض النماذج و المداخل المتعلقة بالعلاج المعرفى السلوكى و تنميته. إن هدف هذا الكتاب يتمثل فى تقديم مقدمة مترابطة ، و موجهة بشكل عملى ، و تتناول بعض الأساليب الجديدة و البارزة للعلاج المعرفى السلوكى . أنا شخصياً ، سوف استخدم هذا الكتاب عند تدريب الأطباء و الإشراف عليهم ، و استخدمه كطريقة لإحياء معرفتى عن العلاج المعرفى السلوكى عن اضطراب معين . أتمنى أن تحزو أنت كقارئ حزوى .

الفصل الأول

الفكـــرة الرئيســـية

جوي

جوي تاجر سيارات ، يبلغ من العمر 45 عاماً ، يعيش هو وزوجته ماري في منزل بضاحية خارج بوستن . لديهما من الأطفال اثنان ،أحدهما يبلغ من العمر 9 أعوام ، والآخر 12 عاماً . كانت الظروف المعيشية والمادية للأسرة جيده إلى أن انقطع جوي عن العمل منذ ثلاثة أشهر مضت . كانت ماري تعمل كموظف استقبال عند طبيب أسنان وذلك لساعات محدودة في اليوم ، ثم عملت لساعات أطول عندما توقف زوجها عن العمل . كان دخلها يكفي الأسرة لتحيى حياة كريمة . منذ أن توقف جوي عن العمل ، كان يقضي معظم وقته تماماً في البيت . دأب جوي على مساعدة الأبناء ، فكان يوقظ الأبناء ، ويساعدهم في الاستعداد للمدرسة ، ثم يعود مرة أخرى إلى السرير ، ولا يستيقظ قبل الواحدة أو الثانية بعد الظهر .

كان يقضي وقته أمام التلفاز حتى يعود الأبناء والزوجة إلى البيت ، وأحياناً كان لا يقوى على البقاء كل هذه الفترة أمام التلفاز . بدأ جوي يشعر بأنه ليس له قيمة ، كما فقد الأمل في أن يجد وظيفة مرة أخرى . أما عن العلاقة بين الزوجين ، فقد كانت حميمة ، فماري تهتم كثيراً بزوجها جوي ، على الرغم من أن قلة الدافعية لديهم كانت تتسبب أحياناً في الصراعات بينهما ، إلا أن هذا لم يمنعها من محاولة أن تجعله يشعر بأنه مرغوب فيه . ومع ذلك ، شعرت ماري مع الوقت بثقل المسئولية الملقاة على عاتقها .

شعر جوي بالاكتئاب ، فقد كان يجد صعوبة في مزاجه ، ودافعيته ، وقوته. ولكن هذه المرة ، ازدادت حدة الاكتئاب لديه ؛ ويعود السبب في ذلك إلى تقاعده عن العمل . أي إنسان من الممكن أن يشعر بالحزن وخيبة الأمل عندما يتقاعد عن العمل ، وهذا أمر طبيعي ، ولكن في حالة جوي ، فإن مستوى وفترة الحزن قد تخطت المدى الطبيعي لها . لم تكن هذه هي المرة الوحيدة التي انتاب فيها جوي هذا الشعور.

فبعد ميلاد ابنه الثاني ، دخل جوي في فترة من الاكتئاب الحاد استمرت لمدة عام . لم يكن هناك سبب واضح ، بالإضافة إلى ميلاد طفل ثان له . لقد غلب عليه الشعور بالاكتئاب لدرجة أنه فكّر في الانتحار بخنق نفسه . لحسن الحظ ، لم يستجيب جوي لهذه الأفكار ، ولم يقدم عليها ؛ إلا أنه جرّب أدوية عديدة للاكتئاب ؛ ومع ذلك لم يجد منها أي جدوى كما كانت آثارها الجانبية ضارة وغير محببة إلى قلبه .

ذات مرة ، قرأت ماري عن العلاج النفسي في إحدى المجلات . هذا العلاج النفسي يسمى العلاج المعرفي السلوكي . وقع هذا النوع من العلاج موقع الإعجاب من نفسها، ورغبت في أن يجّرب زوجها هذا النوع من العلاج . دخل الزوجان في مناقشات ساخنة ، وحادة ، ومازالت ماري بزوجها حتى أقنعته بأن يجّرب هذا النوع من العلاج ؛ وقامت بخطوات إيجابية حيث استطاعت أن ترتب لموعد مع أخصائي نفسي في بوستن لديه خبره في مجال العلاج المعرفي السلوكي .

خضع جوي لستة عشر جلسة من العلاج المعرفي السلوكي ، مدة الجلسة الواحدة ساعة، وبعد هذه الفترة العلاجية ، ذهب عن جوي الاكتئاب . ومع نهاية العلاج ، اختفى الاكتئاب تماماً . بدأ جوي يشعر بالأمل في الحياة ، وأصبح لديه اتجاها إيجابياً عن نفسه ؛ كما تحسنت علاقته مع زوجته وأولاده ، وبدأ في وظيفة جديدة كتاجر سيارات بعد عدة أسابيع من بداية خضوعه للعلاج النفسي .

إن شفاء جوي من الاكتئاب بعد فترة العلاج أمر طبيعي ؛ حيث أن هذا العلاج الذي خضع له – العلاج المعرفي السلوكي – فعّال بدرجة كبيرة ، كما أنه نوع من العلاج النفسي الذي لا يحتاج لفترة طويلة ، ويعالج مدى واسع من المشكلات النفسية الخطيرة مثل : الاكتئاب ، القلق ، مشكلات الإدمان ، الألم ، ومشكلات النوم ، وغيرها كثير ، نعرض في هذه الفصول لإستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي التي تستهدف هذه الاضطرابات الشائعة . أما الفصل الحالي (الفصل الأول) ، فسوف نستعرض فيه القواعد الإرشادية التي تقوم عليها هذه الإستراتيجيات الخاصة بهذه الاضطرابات .

مؤسسو العلاج المعرفي السلوكي

أسس كل من آرون تي بيك ، والبرت إليس العلاج النفسي الذي أصبح يُعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي ، وإن كان كلاً منهما يعمل بشكل مستقل عن الآخر . فقد تدّرب بيك على التحليل النفسي الفرويدي ، وشعر بعدم الرضا عن قلة الدعم التجريبي لأفكار فرويد . فقد وجد بيك – من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب – أن الأفراد المكتئبين قد

أعلنوا عن مدى واسع من الأفكار السالبة ، والتي تظهر لديهم بشكل عفوي. أطلق بيك على هذه الأفكار : الأفكار الآلية AUTOMATIC THOUGHTS .

هذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية عامة ، يُطلق عليها المخططات SCHEMAS التى لدى الفرد عن نفسه ، وعن عالمه ، وعن مستقبله . هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفاً معيناً ، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة . هذه الأفكار الآلية المعينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف ، أو التحدث ، ويؤدي إلى استجابة وجدانية . في ضوء هذا النموذج العام ، طوّر بيك طريقة علاجيه لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار ، والمعتقدات لتشجيعهم (أي المرضى) على التفكير بشكل أكثر واقعية ، والسلوك بشكل أكثر فعالية ، والشعور الأفضل نفسياً .
أيضاً تدّرب إليس على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك ، ولكنه تأثر كثيراً بالفرويديين المحدثين أمثال كارين هورني . يؤكد المدخل العلاجي لإليس على العمليات المعرفية ، كما أن هذا المدخل شكل فعاّل ، وموجه من أشكال العلاج النفسي . يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية ، بل تبقى عليها ، وتسببها . هذا المدخل يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية ، وحدة تفكيرهم ، ويساعدهم على التغيير الفعّال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات .

في البداية ، أطلق إليس على هذا العلاج اسم العلاج النفسي العقلاني Rational Therapy ثم أطلق عليه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي ، وأخيراً ، أطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة ، والسلوك، والوجدان (الانفعال) . يفضل بيك مصطلح اللاتكيفي Maladaptive أو المختل وظيفياً Dysfunctional بدلاً من اللاعقلاني Irrational لوصف طبيعة المعرفة المختلة ، حيث أن الأفكار لا ينبغي بالضرورة أن تكون لا عقلانية لتكون لا تكيفية . على سبيل المثال ، قد يكون لدى بعض مرضى الاكتئاب تقييماً واقعياً للخطر في الحياة ؛ ومع ذلك ، فإن هذه "الواقعية الاكتئابية " لا تكيفية لأنها تتداخل مع الحياة الطبيعية .

بكل حزن ، ودعنا الدكتور إليس في 2007/7/24 . أما دكتور بيك ، فهو الآن في التسعين من عمره ، ومازال ممارساً ، وعالماً نشطاً ، ولديهم ولع بالعلم والمعرفة لقد كان كل من بيك وإليس – اللذان طوّرا مدخليهما في العلاج النفسي في الستينيات من القرن الماضي تأثيراً كبيراً على العلاج النفسي وعلم النفس الكلينيكي المعاصر . في مواجهة هيمنة تفكير التحليل النفسي ، بدأ هذان الرائدان في التشكك في بعض الافتراضات الرئيسية للعلاج النفسي .

بدأ بيك وإليس – مدفوعان بحدسيهما والمتمثل في أن المشكلات الإنسانية – في إستخدام الطرائق التجريبية لعلاج المشكلات النفسية ، كما بدأ في الدراسة النقدية للأسئلة غير المريحة في العلاج النفسي . أقام إليس – كممارس للعلاج النفسي – عيادته في وسط مدينة مانهاتان ، ومن المعروف أن "نيويورك " كان يسيطر عليها التحليل النفسي - مثلها في ذلك مثل أي مكان في ذلك الوقت . على نحو مشابه ، استمر بيك – معالج نفسي أكاديمي في جامعة بينسلفانيا – في تتبع بحوثه في مواجهة المقاومة الشديدة لمجتمع العلاج النفسي الذي يسيطر عليه الأفكار الفرويدية .

عندما طلب من الحكومة تقديم منحة بحثية لاختبار أفكاره ، وتم رفض هذا الطلب ، ولقد جمع الأصدقاء والزملاء لإجراء هذه الدراسات بدون أي دعم مالي من الحكومة أو من أي جهة مانحة أخرى . إضافة إلى ذلك ، رفضت المجلات الأكاديمية نشر بحوثه ، ومن ثم استطاع إقناع المحررين متفتحي الذهن لنشر كتاباته في شكل كتب .

عندما أدرك المجتمع التأثير الكبير للدكتور بيك ، منحه جائزة لاسكر Lasker Award عام 2006 وهي أعلى جائزة طبية تُمنح للأفراد الذين يفوزون بجائزة نوبل . يقول رئيس هيئة لاسكر "يُعد العلاج المعرفي أحد أهم التطورات الهامة – إذ لكم يكن أهمها على الإطلاق – في علاج الأمراض العقلية خلال الخمسين عاماً الماضية " . (Altman , 2006) .
على الرغم من التأثير الواضح لهذا المدخل ، وفعالية العلاج ، إلا أن معظم الأفراد ذوي المشكلات النفسية لم يحصلوا بسهولة على خدمات العلاج المعرفي السلوكي . لا توجد صناعة كبيرة تعزز من العلاج المعرفي السلوكي – على عكس الصناعة المهتمة بشكل كبير

بالدواء الطبي . ومع ذلك ، في محاولة لزيادة توفر العلاج المعرفي السلوكي . قرر بعض رجال السياسة في بعض الدول عدم ترك مصير رعاية الصحة العقلية تحكمه الأهواء المالية لشركات الدواء ، وأخذوا الأمر على عواتقهم .

ففي أكتوبر عام 2007 ، أعلن وكيل وزارة الصحة في المملكة المتحدة عن خطة الإنفاق 300 مليون جنية إسترليني للبدء في برنامج مدته ست سنوات بهدف تدريب جيش من المعالجين النفسيين على الغلاج المعرفي السلوكي للمساعدة في التغلب على المشكلات النفسية لدى البريطانيين . هذا التغير في توفير الرعاية الصحية كان يقوم على بيانات اقتصادية أوضحت أن توفير العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات العقلية الشائعة أقل تكلفةً بوجه عام من العلاج الطبي ، أو التحليل النفسي. على نحو مشابه، في عام 1996 ، أوصت الحكومة الأسترالية بتوفير العلاج المعرفي السلوكي وقدمت خدمة تيسر توفير هذه الخدمات للأفراد.

فكره بسيطة وقوية

على الرغم من أن بيك وإليس يُعتبرا الرائدين في هذا المجال ، إلا أن الفكرة الرئيسية التي أدت إلى ظهور هذا المدخل الجديد للعلاج النفسي ليست جديدة ، إلا أنها تحولت بكل بساطة إلى الممارسة العملية . فقد يعود التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفيلسوف الرّواقي* إيبكتيتس Epictetus الذي عاش من 55- 134 بعد الميلاد . فمن أشهر مقولاته : "الناس لا تحركهم الأشياء ، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء " . بعد ذلك ، كتب ماركوس أو ريليوس (121 – 180بعد الميلاد) : "لو أنك تأملت من أي شئ خارجي ، فليس هذا الشئ هو الذي سبب لك الإزعاج ، ولكن حكمك عليه ؛ وبمقدورك أن تزيل هذا الحكم الآن " . كما كتب وليام شكسبير في هامليت : "ليس هناك شئ جيد ، وآخر سيئ ، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك " . تجدر الإشارة أيضاً إلى أن فلاسفة ، وأدباء ، وشعراء آخرين عبروا عن أفكار مشابهة لهذه الأفكار على مدار تاريخهم .

---

* المذهب الفلسفي الذي أنشأه زيتون حوالي عام300 ق.م . والذي قال بأن الرجل الحكيم يجب أن يتحرر من الانفعال ولا يتأثر بالفرح أو الترح وأن يخضع بغير تذمر لحكم الضرورة القاهرة .

الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي بسيطة ، وتتمثل في أن استجاباتنا السلوكية والوجدانية تتأثر كثيراً بمعارفنا (أفكارنا) ، التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها . بمعنى ، نحن نشعر بالقلق ، أو الغضب ، أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك . بمعنى آخر ، ليس الموقف في حد ذاته ، ولكن مدركاتنا ، وتوقعاتنا ، وتفسيراتنا (التقييم المعرفي) للموقف هي المسئولة عن وجدانياتنا . يمكن تفسير ذلك ، أو شرحه بشكل أفضل من خلال المثال التالي الذي يقدمه بيك Beck (1976) :

ربة المنزل (Beck , 1976, PP234-235)

سمعت ربة البيت طرقة على الباب ، طرأت أفكار عديدة الى ذهنها ، وقالت " ربما تكون سالى عادت من المدرسة ، ربما يكون لص ، ربما هبت الريح وفتحت الباب" . يعتمد الافتراض المرغوب فيه على أخذها فى الاعتبار كل الظروف ذات الصلة به . ومع ذلك ، فإن العملية المنطقية لاختبار الغرض ربما يعطلها الميل النفسى لربة البيت. فإذا سيطر على تفكيرها مفهوم الخطر، فقد نخلص الى أن الطارق لص . فقد تصل الى استنتاج اعتباطى . على الرغم من ان هذا الاستنتاج قد يكون صحيحاً، فإنه يعتمد بشكل رئيسى على العمليات المعرفية الداخلية وليس على المعلومات الحقيقية . فإذا جرت واختبئت ، فإنها ربما ترجئ او تخسر الفرصة لعدم اثبات (أو التأكيد على) هذا الافتراض.

لذا ، فإن نفس الحدث الأول (سماع الطرق على الباب) يظهر وجدانيات مختلفة بناءً على كيفية تفسيرها للسياحة الموقفي . فالطرق على الباب في حد ذاته لا يظهر أي وجدانيات بطريقة أو بأخرى . ولكن عندما تعتقد ربة البيت أن طرقة الباب تشير إلى أن هناك لص في البيت ، فإنها تشعر بالخوف وتمر به ، ربما تصل إلى هذا الاستنتاج إذا كانت مشحونة بعد القراءة عن اللصوص في الجرائد ، أو إذا كانت تعتقد بشكل رئيسي (المخططات) أن العالم مكان خطير ، وأن اللص على وشك الدخول إلى المنزل . بالطبع ، سوف يكون سلوكها مختلفاً إذا شعرت بالخوف عنه إذا اعتقدت أن الحدث له معنى هام ، وهذا ما كان أيبكتيتس يعنيه عندما قال "إذا أردنا استخدام مصطلحات حديثة ، فإننا يمكننا القول بأن التقييم المعرفي للموقف أو الحدث هو الذي يحدد الاستجابة له ، بما في ذلك السلوكيات ، الأعراض الجسمية ، والخبرة الشخصية .

يطلق بيك على هذه الافتراضات عن الأحداث والمواقف الأفكار الآلية لأن الأفكار تخرج بدون تأمل أو مبرر سابق (Beck , 1976). يشير إليس إلى هذه الأفكار على أنها مقولات ذاتية Self-Statements لأنها أفكار يقولها الشخص ذاته (Ellis,1962) . هذه المقولات الذاتية تفسر الأحداث في العالم الخارجي وتستثير الاستجابات الوجدانية والسلوكية لهذه الأحداث .

هذه العلاقة يوضحها نموذج إليس للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (Abc) حيث (A) تعني الحدث السابق Antecedent Event (الطرق على الباب) ، (B) تعني الاعتقاد Belief (أكيد لص) ، و (C) تعني النتيجة Consequence (الخوف) .

ربما (B) تعني الفراغ Blank لأن الفكرة يمكن أن تحدث بشكل سريع وآلي حتى أن الفرد يتصرف بشكل تأملي للحدث بدون تأمل ناقد . إذا لم تكن المعرفة في قلب وعي الفرد ، فمن الصعب التعرف عليها ، وهذا هو السبب الذي جعل بيك يطلق عليه التفكير الآلي .

في هذه الحالة ، ينبغي على الفرد أن يلاحظ بعناية نتيجة الأحداث والاستجابة لهذه الأحداث ، ثم يستكشف النظام الاعتقادي الذي يقف خلفها ، لذا ، فإن العلاج المعرفي السلوكي يتطلب في الغالب من المريض أن يعمل كمدقق أو عالم يحاول إيجاد القطع المفقودة من فزوره أو لغز (أن يملأ الفراغات) .

على الرغم من الفروق في المصطلحات التي استخدمها كل من بيك وإليس ، إلا أن كلا منهما طوّر بشكل مستقل مداخل علاجية متشابهة إلى حد بعيد . الفكرة التي تقف خلف الطرائق التي استخدمها وطوّرها كل منهما تتمثل في أن المعارف المشوهة هي قلب المشكلات النفسية .

تعتبر هذه المعارف مشوهة لأنها مدركات وتفسيرات خطأ للمواقف والأحداث ، كما أنها لا تعكس الحقيقة ، بالإضافة إلى كونها لا تكيفية ، وتؤدي إلى التوتر الانفعالي ، والمشكلات السلوكية ، والاستثارة الجسمية .

الأنماط الخاصة للأعراض الجسمية ، والتوتر الانفعالي ، والسلوكيات المختلة وظيفياً التي تنتج من هذه العملية يمكن تفسيرها على أنها متلازمات syndromes للاضطرابات العقلية mental disorders .

العوامل الاستهلالية مقابل العوامل القديمة

إن سبب نمو المشكلة النفسية وتطورها في المكان الأول مختلف عادةً عن سبب الإبقاء عليها . من الأهمية بمكان معرفة تطور مشكلة ما في المكان الأول ، ولكن هذه المعلومات غير هامة نسبياً للعلاج في سياق العلاج المعرفي السلوكي . إن معرفة العوامل الاستهلالية لا يقدّم المعلومات الضرورية أو الكافية للعلاج. كمثال طبى لتوضيح هذه النقطة:هناك طرق عديدة لكسر الذراع . ربما يقع الفرد من على السلالم في بيته ، ربما تقع له حادثة أثناء التزحلق على الجليد ، أو ربما تصدمه سيارة . عندما تذهب للطبيب ، فإنه قد يسألنا عن الكيفية التي حدثت لنا بها هذه الحادثة من قبيل حب الاستطلاع ؛ ولكن المعلومات غير هامة إلى حد ما في اختيار العلاج المناسب — والمتمثل في وضع الذراع في جبيرة .

من الواضح أن المشكلات النفسية أكثر تعقيداً من الذراع المكسور . في حالة جوي على سبيل المثال ، فإن هناك أكثر من سبب أدى به إلى الوقوع فريسة للاكتئاب ، فقد كان لديه ميل إلى الاكتئاب ، حيث إنه عندما تقاعد عن العمل ، أصبح غير قادر على التعامل مع الضغوط . ومع ذلك ، يمكن القول بأن كثيراً من الناس يتقاعدون عن العمل ، إلا أن قليل منهم من يقع فريسة للاكتئاب ؛ كما أن بعضهم لا يقعون فريسة للاكتئاب ، ولكنهم يمرون بخبرة الوقوع في مشكلات تناول الكحولات ، واضطرابات القلق ، أو المشكلات الجنسية . بمعنى آخر ، قد يكون لنفس مسبب الضغوط تأثير مختلف على نطاق واسع على الأفراد ؛ فكثير من الناس يجابهونه بدون أن يمروا بخبرة أي نواتج طويلة الأمد .

إلا أن المسبب للضغوط — لدى القليل من الناس - يؤدي إلى مشكلات نفسية ، وعندما يحدث ذلك ، نادراً ما يرتبط نفس المسبب للضغوط بمشكلة نفسية معينة . الاستثناء الوحيد هو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الجرحية post – traumatic stress disorder (ptsd) ، الذي يرتبط فيه حدث مرعب خارج الخبرات الإنسانية اليومية — مثل الصدمة النفسية الناجمة عن الاغتصاب ، خبرة الحرب ، أو حادث ما — بنمو متلازمة المشكلات النفسية . ومع ذلك ، حتى في هذه الحالات المتطرفة ، يقع قليل من الناس فريسة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الجرحية . في معظم الحالات ، يكون لمسببات الضغوط تأثيرات غير محدده نوعاً ما على الاضطرابات النفسية ، إذا كان لها تأثير أصلاً .

إن الذي يحدد ما إذا كان مسبب الضغوط يؤدي إلى مشكلة نفسية معينة هو قابلية الفرد أو كونه عرضة لتأثير تنمية هذه المشكلة . وهذه القابلية بدورها يحددها بشكل أساسي الاستعداد الجيني للفرد لتنمية هذه المشكلة . وهذا ما يُطلق عليه نموذج علم الأمراض النفسية المتعلق بالقابلية للضغوط diathesis – stress model of Psychopathology . هذا النموذج عبارة عن نظرية تتناول كيف تتطور المشكلات النفسية في المكان الأول . ومع ذلك ، فإن تحديد أي من الجينات ذات الكود البروتيني والتي تصل إلى 20.000 يجعل بعض الأفراد عرضة للمشاكل النفسية في حالة إلى مزيد من الأبحاث المستقبلية في هذا المجال . حتى وإن عرفنا هوية هذه الجينات وائتلافها ، فمن الصعب التنبؤ بمن يمرون بخبرة المشكلة النفسية ، ومن لا يمرون بها . بالإضافة إلى البنية الجينية للفرد ، نحن في حاجة إلى معرفة ما إذا كان الفرد عرضة لضغوطات معينة ، ومتى يكون كذلك ، وما إذا كان الفرد – أم لا – قادراً على التعامل مع هذه الضغوطات .

لنجعل القضية أكثر تعقيداً ، فإن مجال الفوقجيني Epigenetics يشير إلى أن الخبرات البيئية من الممكن أن تؤدي إلى التعبير عن أو تعطيل جينات معينة ، وهذه التغيرات تؤدي إلى تغيرات طويلة المدى في السمات داخل الفرد ، وأيضاً قد تنتقل إلى الأجيال القادمة ، وهذا يظهر أهمية التعلم والخبرة لعلم الأمراض النفسية داخل وبين الأجيال –وهي عملية تقع أو تحدث في العلاج المعرفي السلوكي .

في معظم حالات المشكلات النفسية ، فإن العوامل الاستهلالية ، والعوامل المحافظة (القديمة) مختلفة تماماً ، لأن السبب الذي أدى إلى ظهور المشكلة في المكان الأول غير مرتبط غالباً – أو مرتبط بشكل ضعيف جداً – بسبب استمرار المشكلة وبقائها . في حالة جوي – على سبيل المثال ، فإن استمرار الاكتئاب يعود - بدرجة كبيرة - إلى الأفكار التي تنتقص من الذات ، قلة نشاطه ، والإفراط في النوم .

لاحظ أن المعالجين النفسيين يعتبرون أفكار الانتقاص من الذات ، عدم النشاط ، والإفراط في النوم أعراضاً للاكتئاب ؛ في حين يعتقد المعالجون النفسيون في مجال العلاج المعرفي السلوكي أن هذه العوامل مسئولة جزئياً عن اكتئابه ، وأن جوي لديه القدرة على تغيير هذه العوامل .

العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي

إن العلاج المعرفي السلوكي إستراتيجية فعاله بشكل كبير في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية - في الحقيقة ، تتشابه فعاليه العلاج المعرفي السلوكي على الأقل مع العلاج الطبي الدوائي للمشكلات التي سوف نعرض لها في هذا الكتاب – علاوة على ذلك ، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا تصاحبه أي آثار جانبية ، ويمكن ممارسته بدون أي مخاطر لفترة غير محدودة من الزمن . إن هدف العلاج المعرفي السلوكي هو تغيير طرائف التفكير والسلوك اللاتكيفية من أجل تحسين السعادة النفسية .

في هذا السياق ، من الأهمية بمكان شرح مصطلح اللاتكيفي Maladaptive ، وهذا يقع في قلب تعريف الاضطرابات العقلية . لقد وقعت مشادات حامية الوطيس بين علماء النفس والمعالجين النفسيين بشأن تعريف الاضطراب العقلي . قدّم ووكفيلد Wakefield (1992) تعريفاً معاصراً للاضطراب العقلي ، حيث يعرفه بأنه خلل وظيفي مؤذ harmful dysfunction ويرجع ضرره إلى أن للمشكلة نتائج سالبة على الشخص ، كما أن الخلل الوظيفي ينظر إليه المجتمع نظرة سلبية . فهو يصفه بالخلل الوظيفي لأن كون الفرد لديه المشكلة يعني أنه لن يستطيع أن يؤدي أي وظيفة طبيعية (McNally , 2011) .

أحد أهم الموضوعات المتطرفة أو الحادة في هذا النقاش هو ما إذا كان للاضطرابات العقلية وجود . من الأفراد الأوائل المؤيدين لهذه الفكرة هو توماس ساز (1961) . فقد رأى ساز أحد الاضطرابات النفسية اعتباطية ، وأنها من صنع الإنسان ، وليس لها أي دعم تجريبي . قد رأي أن المشكلات النفسية مثل الاكتئاب ، اضطراب الخوف ، والانفصام نعوت ربطها المجتمع بالخبرات الإنسانية العادية . فنفس الخبرات التي تُنعت بأنها مرض في ثقافة ما أو في فترة تاريخية ما قد تكون طبيعية أو حميدة في ثقافة أخرى أو في فترة تاريخية أخرى .

يعترف المؤيدون للعلاج المعرفي السلوكي بأن الثقافة تسهم في التعبير عن الاضطراب إلا أنهم لا يتفقون مع النظرة القائلة بأن المعاناة الإنسانية من صنع المجتمع . بدلاً من ذلك ، يرى العلاج المعرفي السلوكي الاضطرابات النفسية على أنها مشكلات حقيقية يمكن حلها من خلال الحلول الإنسانية الحقيقية . وفي الوقت نفسه ، ينتقد العلاج المعرفي السلوكي

العلاج الطبي الدوائي المفرط للخبرات الإنسانية . في العلاج المعرفي السلوكي ، ليس من الأهمية نعت المشكلة النفسية التي تتداخل مع الوظيفة الطبيعية على أنها مرض نفسي .

أسماء الاضطرابات العقلية تأتى وتروح ، كما أن المعايير المستخدمة لتعريف اضطراب عقلي معين إعتباطيه وهي من صنع الإنسان . ولكن المعاناة الإنسانية ، الاضطراب الوجداني ، والمشكلات السلوكية ، والاضطرابات المعرفية حقيقية . بغض النظر عن اسم المعاناة الإنسانية – أو ما إذا كان هناك اسم لهذه المعاناة – فإن العلاج المعرفي السلوكي يساعد الشخص المتأثر على فهم والتخفيف من المعاناة .

وعلى الطرف الآخر ، هناك وجهة نظر قائلة بأن الاضطرابات العقلية كينونات طبية مميزة . ومن وجهة نظر التحليل النفسي ، يعتقد الأطباء أن هذه الاضطرابات لها جذورها في الصراعات العميقة . بناءً على التفكير الفرويدي ، تعتبر هذه الصراعات نتيجة لكبت الأفكار غير المرغوب فيها ،وكذلك الرغبات والدوافع ، والأمنيات غير المرغوب فيها . على سبيل المثال ، يمكن اعتبار الصراع لدى جوي أن يتأصل في علاقاته مع أمه وأبيه ، ويمكن النظر إلى مزاجه المكتئب على أنه نتيجة للغضب نحوهما ، وتحول بعد ذلك للغضب نحو ذاته .

ربما يؤكد المحللون النفسيون المحدثون – الذين يرون أنفسهم على أنهم موجهون بالفكر ، أو معالجون نفسيون في المجال النفسي الدينامي – على الصراعات البينشخصية الموجودة أو غير المحلولة ، مقارنةً بالمعالجين النفسيين الفرويديين الذين يركزون على الخبرات أثناء الطفولة المبكرة . على سبيل المثال ، المعالجون النفسيون في المجال النفسي الدينامي قد يرون اكتئاب جوي على لأنه نتاج حزن لم يحل من علاقة خسرها مع شخص مهم مثل الأب أو الأم . المشكلة في هذه الأفكار تتمثل في انه بعدما يزيد على 100عام من التحليل النفسي ، ليس هناك أي دعم تجريبي لها .

بدلاً من التنقيب عن معلومات في الماضي للكشف عن أي صراعات في العلاقات بين الوالد والطفل والتي من شأنها أن تكون سبباً في المشكلة ، فإن العلاج المعرفي السلوكي يركز بشكل رئيسي على ما هو كائن الآن ، إذ لم يكن الماضي هو السبب الرئيسي في الحاضر .

على سبيل المثال ، التقاعد الحالي لجوي عن العمل ، محاولاته السابقة للتعامل مع الاكتئاب ، وأي أحداث هامة وقعت في الماضى والتي ربما أسهمت في الحاضر . ومع ذلك ،

فإن العلاج المعرفي السلوكي – على عكس العلاج النفسي الدينامي – يقوم على الفكرة المدركة مسبقاً والمتمثلة في أن اكتئاب جوي يرتبط بصراعات لم تحل مع أبيه ، أو أمه ، أو أي شخص آخر له صلة به ، أو أن اكتئاب جوي تعبير عن طاقة مراوغة تحولت ضده . بدلاً من ذلك ، فإن العلاج المعرفي السلوكي يأخذ مدخلاً علمياً استكشافياً في محاولة فهم المعاناة الإنسانية . ومن خلال ذلك ، يُنظر إلى المريض على أنه خبير ، لديه القدرة على تغيير المشكلة ، وليس ضحية لا حول له ولا قوة .

من الناحية البيولوجية ، يرى المعالجون النفسيون أن الاضطرابات النفسية ذات كينونة بيولوجية . يعتقد المؤيدون لهذا المنظور أن الاضطرابات العقلية مرتبطة – ارتباطاً سببياً – بعوامل بيولوجيه خاصة مثل الخلل الوظيفي في مناطق معينة بالمخ ، وعدم توازن الناقلات العصبية .

الناقلات العصبية عبارة عن جزيئيات تنقل الإشارات من خلية عصبية إلى خلية عصبية أخرى . على سبيل المثال ، السيروتونين Serotonin عبارة عن ناقل عصبي Neurotransmitter مختص بمشاعر القلق والاكتئاب . يعتقد كثير من المعالجين النفسيين أصحاب الوجهة البيولوجية أن القصور في السيروتونين هو السبب في العديد من الاضطرابات الانفعالية . من أكثر المناطق بالمخ التي لاقت اهتماماً بحثياً منطقة اللوزة Amygdale ، وهي عبارة عن بناء صغير يأخذ شكل اللوزة يقع داخل المخ . يحاول بعض الباحثين – من خلال التطورات في التكنولوجيا الجينية – تحديد موضع جينات معينة لها دور بارز في الإضرابات النفسية . يعترف العلاج المعرفي السلوكي بأهمية البيولوجيا في المشكلات النفسية وفي المعاناة الإنسانية . ومع ذلك ، فإن إيجاد المادة البيولوجية للشعور لا يفسر الشعور .

نحن ببساطة نحول السؤال عن أسباب انفعال معين من المستوى النفسي إلى المستوى البيولوجي . ومع ذلك ، يظل السبب الحقيقي للتوتر الوجداني غير معروف . هذه الحقيقة يصعب في الغالب قبولها . لتوضيح هذه القضية ، دعنا نفكر في مثال آخر ، ربما يكون أكثر وضوحاً . يمكن أن نعاني من الصداع لأسباب مختلفة ، ومن أمثلة ذلك ، الإفراط في الطعام ، الحرمان من النوم ، انسحاب الكافيين – قليل من كثير .

الأسبرين عقار مسكن يمكن أن يساعد في كل هذه الحالات . من الممكن القول بان الأسبرين فعّال لأن جسمنا في حاجة إليه ، وأن ألم الصداع يحدث نتيجة بعض أنواع متلازمة قصور الأسبرين ، وإنه إذ لم يحصل جسمنا على الأسبرين بشكل كافي ، فإننا سوف نعاني من الصداع (هذا ليس تلاعب بالكلام) . على نحو بديلي ، من الممكن القول بان الأسبرين يعوق إنتاج المادة الهرمونية ، مما يؤدي إلى تأثير مسكن عام (والذي يظهر على أنه ميكانيزم للفعل) .

قد تشتمل المداخلة البديلة لعلاج نفس الصداع على مشروب مختلط يسمى Bloody Mary ، أو أخذ سنةً من النوم (في حالة الحرمان من النوم) ، أو الحصول على كوباً من القهوة الإيطالية (في حالة سحب الكافيين) .

على نحو مشابه ، يشعر بعض الناس بأنهم أقل اكتئاباً عند تناول العقاقير التي تطيل من فعل السيروتونين الطبيعي ، ومن أمثلة هذه العقاقير عقار يسمى " بروزاك Prozac " .

هذا العقار جزء من طبقة عقاقيرية يطلق عليها " الكابحة لامتصاص السيروتونين الانتقائي " . كما هو الحال بالنسبة لأسبرين الصداع ، لا يمكننا أن نخلص إلى أن الاكتئاب يسببه قصور في السيروتونين . ولكن من الإنصاف القول بأن مستويات الاكتئاب السيروتونين بينها ارتباط ، وأن أخذ العقار الكابح لامتصاص السيروتونين الانتقائي من الممكن أن يزيد من معدّل الاكتئاب ومع ذلك ، من الممكن استخدام طرائق أخرى لعلاج الاكتئاب لأن أخذ العقار الكابحة لامتصاص السيروتونين الانتقائي ليست هي الطريقة الوحيدة لرفع درجة الاكتئاب ، كما أن عقار بروزاك "Prozac" ليس مفيداً لكل الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب .

كما في حالة جوي في مطلع هذا الفصل ، فإن بعض الناس لا يحبون الآثار الجانبية للعلاج الطبي الدوائي ، أو أنهم يرغبون في التوقف عن أخذ الأدوية الطبية لأسباب أخرى . الأدبيات التي تدمج بين العلاج الدوائي التقليدي والعلاج المعرفي السلوكي مخيبة للآمال ، حيث أن العلاج الطبي الدوائي لا يضيف – إلا القليل ربما – إلى العلاج المعرفي السلوكي .

تعلن بعض الدراسات أن إضافة أقراص السكر إلى العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من دمج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الطبي الدوائي المضاد للقلق (Barlowetal, 2000) .

السبب الرئيسي في هذه النتائج الغريبة ليس واضحاً تماماً . من الممكن أن التعلم الذي يعتمد على الحالة يلعب دوراً لأن التعلم الذي يحدث أثناء العلاج المعرفي السلوكي عندما يكون الفرد تحت تأثير العامل النفسي الجيني له حالة مختلفة عندما يُطلب من المريض استرجاع هذه المعلومات مقارنة بالتعلم الذي يحدث عندما لا يكون المريض تحت تأثير العلاج الطبي الدوائي . هناك سبب آخر ممكن وهو تأثير العزو attribution effect ، حيث يعزو المريض المكاسب إلى العلاج الطبي الدوائي النشط ، وأن التوقف عن تناول هذا الدواء الطبي ربما يزيد من توقعاته ، ومن مخاطر الإنتكاسه .

على النقيض ، هناك أدوية تُعطى لمجرد إرضاء المريض ، وتؤدي بالمريض إلى أن يعزى المكاسب للعلاج المعرفي السلوكي بمعزز معرفي ، والذي يبدو أنه ييسر التعلم الذي يحدث أثناء العلاج المعرفي السلوكي . منذ التجربة الإيجابية التي تم إجراؤها لدى مرض الفوبيا (Ressler,Etal,2004) ، هناك أدلة تجريبية عديدة ، تذكر قصصاً واعدة جديرة بالاعتبار . ومع ذلك ، فإن هدف هذا الكتاب هو تقديم مداخل معاصرة للعلاج المعرفي السلوكي للعديد من الاضطرابات . سوف نذكر الاستراتيجيات الائتلافية بشكل سطحي .

التركيز على الانفعالات

خلال العقدين الماضيين ، تحول مجال علم النفس كليةً إلى البحوث في مجال الانفعالات والوجدان . ومن أمثلة فروع المعرفة في هذا المجال علم الأعصاب الوجداني Affective Neuroscience ، وهو فرع جديد نسبياً من فروع علم النفس يدرس الارتباطات البيولوجية للحالات الوجدانية والانفعالات . من العلامات الأخرى على شعبية هذا المجال هي إنشاء مجلة تسمى الانفعال Emotion ، ونشر جوسيف ليدوكس لكتابة المخ الوجداني Emotion Brain(1996) .

هذا الكتاب ألّفه واحد من علماء الأعصاب المشهورين ، وأصبح كتاباً مألوفاً بين العامة . لقد أصبحت النظريات والدراسات في علم الأعصاب الانفعالي متاحة للعديد من المنظرين في

مجال العلاج المعرفي السلوكي لأنها تقدم إطار عمل بيولوجي لتفسير علة فعالية إستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في تنظيم الانفعالات – وكيف يمكن تحسينها .

تمثل الانفعالات دائماً العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي . على عكس المفهوم الخاطئ الشائع ، فإن العلاج المعرفي السلوكي ليس مقصوراً على التغيرات في التفكير والسلوكيات . بدلاً من ذلك ، فإن الفكرة الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي تتمثل في الفكرة التي مؤداها أن استجابتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم ، وندرك بها أنفسنا، وندرك بها الآخرين ، وندرك بها المستقبل . لذا ، فإن تغيير تقييم شئ ما ، أو حدث ما ، أو موقف ما يمكن أن يغيّر من الاستجابة الانفعالية المصاحبة له .

منذ المرضى الأوائل الذين عالجهم بيك و إليس ، تطوّر العلاج المعرفي السلوكي إلى مشروع علمي له تأثير غير مسبوق على مجال العلاج النفسي . مقارنةً بمداخل العلاج النفسي الأخرى ، فقد اعتنق العلاج المعرفي السلوكي المدخل العلمي وانفتح على الفحص والتدقيق التجريبي .

كما أخذت الافتراضات الأساسية عن النموذج العلاجي إلى المعمل وتم اختبارها تجريبياً . علاوة على ذلك ، في الوقت الذي جمعت فيه البحوث المعملية معرفة جديدة عن اضطرابات بعينها ، قام المعالجون النفسيون في مجال العلاج المعرفي السلوكي بتطوير أساليب جيده لعلاج مشكلات نفسيه معينة . لقد تم اختبار العلاج المعرفي السلوكي – منذ ظهوره – بشكل دقيق في المحاولات العيادية ، والتي كانت مجال البحوث في العلاج الدوائي سابقاً .

في البداية ، كانت هناك مداخل معينة للعلاج المعرفي السلوكي لمشكلات محددة بشكل واضح (الاكتئاب ، اضطراب القلق الاجتماعي ...ألخ) ، وتم مقارنتها بالمجموعات الضابطة (المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً ، وانتظروا ببساطة نفس الفترة الزمنية التي استمر فيها العلاج) ،وتم مقارنتها أيضاً بحالات الإرضاء النفسي (العلاج النفسي العام الذي لم يشتمل على أساليب العلاج المعرفي السلوكي أو أقراص السكر الذي يشبه العلاج الدوائي الحقيقي) .

بعد ذلك ، تم مقارنة العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج الدوائي الأكثر فعالية في دراسات عشوائية تم فيها ضبط الدواء الذي يؤخذ لإرضاء المريض . هذه الدراسات هي الطريقة الأكثر دقة وصرامة لدراسة فعالية العلاج لأن المشاركين تم تقسيمهم عشوائياً إلى العلاج

النشط (العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج الدوائي) ، أو حالة اخذ العلاج لإرضاء المريض . فقد تبين أن تأثير أخذ العلاج لإرضاء المريض في العلاج النفسي كان قوياً ، فقد شفى 30٪ إلى 40٪ من المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية – من مشكلاتهم بعد أخذ قرص سكر غير نشط . هذه النتائج موثوق بها حتى عند استخدام معايير عالية الدقة والصرامة . كما تبين – من آن لآخر – أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية بشكل واضح من العلاج القائم على أخذ الدواء لإرضاء المريض ، كما كان بنفس فعالية ، وأحياناً أكثر فعالية من العلاج بالأدوية الطبية .

اليوم ، أصبح العلاج المعرفي السلوكي مصطلح مظلي يشتمل على العديد من العلاجات المختلفة والمدعومة تجريبياً ، والتي تشترك فى المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي ومع ذلك ، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يناسب كل أنواع العلاج . فهناك فروق واضحة في الاستراتيجيات التي تستهدف في مشكلات بعينها ، ولكن على الرغم من هذه الفروق في مفاهيم ومداخل العلاج المعرفي السلوكي لعلاج هذه المشكلات النفسية المختلفة ، إلا أن الاستراتيجيات متأصلة في مدخل العلاج المعرفي السلوكي – تحديداً ، فإن الارتباط السببي بين المعارف اللا تكيفية ، والانفعالات ، والسلوكيات ، والفسيولوجيا ، وأن تصحيح المعارف اللاتكيفية ينتج عنه محو للمشكلات النفسية والسعادة النفسية بوجه عام. ولقد تم الحصول على أدلة علمية قوية عن هذا النموذج العام من مجال علم الأعصاب الانفعالي ، وبحوث التنظيم الانفعالي .

البيولوجيا العصبية للانفعالات

لقد استطاعت البحوث المعاصرة في مجال علم الأعصاب neuroscience ، ربط هذه العمليات المعرفية بأنشطة معينة بالمخ . فقد أشار ليدوكس وآخرون Ledoux And Others – في ضوء البحوث التجريبية على الحيوانات – إلى أن اللوزة على وجه التحديد – وهي بناء صغير يأخذ شكل اللوزة في وسط المخ – هامة في تجهيز والتعبير عن الانفعالات . يفترض نموذج ليدوكس أن الإلماعات الانفعالية يتم تجهيزها بطريقتين مختلفتين ، حيث

تختلفان في سرعة وعمق التجهيز . على سبيل المثال ، دعنا نفترض أنك خرجت في نزهة في مكان ما ، ورأيت شيئاً كأنه ثعبان .

يذكر لنا نموذج ليدوكس أن هذه المعلومات يتم تجهيزها بطريقتين مختلفتين : أولاً : تذهب المعلومات البصرية عن هذا الشئ إلى المهاد البصري visual thalamus - وهو محطة الترحيل المركزية station relay center للمدخلات الحسية البصرية ، ثم مباشرة إلى اللوزة – التي لها ارتباط وثيق مع الجهاز العصبي المستقل . نظراً لأن المعلومات تشبه الثعبان ، فإن اللوزة تنشط ، وتؤدي إلى استجابة فورية (الشجار أو الفرار) .
مع قليل من الوعي . يطلق ليدوكس على هذه العملية الطريق المنخفض low road إلى اللوزة . يشير ليدوكس إلى هذه العملية على أنها الطريق المنخفض لأنها تحدث بدون إشراك القشرة المخية العليا . بالإضافة إلى هذه العملية التي اشتركت فيها القشرة المخية الفرعية ، يفترض أن المعلومات يتم إرسالها أيضاً من المهاد إلى القشرة المخية البصرية التي تقوم بتجهيزات إضافية أخرى للمعلومات .
لو أن هذا الشئ يشبه فقط الثعبان الحي ، ولكنه في الحقيقة عصا ، أو ثعبان ميت ، فإن العمليات الخاصة بالقشرة المخية العليا توقف عندئذ تنشيط اللوزة ، كما تكبح استجابة (الشجار أو الفرار) . نظراً لأن هذا الممر إلى اللوزة يشرك مراكز القشرة المخية العليا ، فقد أشار ليدوكس إليها على أنها الطريق العلوي high road الى اللوزة . هذا النموذج متناغم مع العلاج المعرفي السلوكي ، لأن العمليات المعرفية التي تتطلب وظائف القشرة المخية العليا قد تكبح مناطق القشرة المخية الفرعية ، التي تُعد بدائية من الناحية التطورية .
يمكن للفرد أن يتخيل انه ليس من السهل دراسة الميكانيزمات البيولوجية لأن هناك عوامل عديدة تؤثر في عملية العلاج ، بما في ذلك – وإن كانت غير مقصورة على – دافعية المريض ، وتعاطف المعالج النفسي ، والعلاقة بين المريض والمعالج النفسي .

ومع ذلك ، من الممكن عزل ودراسة مكونات معينة للعلاج المعرفي السلوكي ، مثل إعادة التقييم المعرفي Cognitive Reappraisal .

تبدأ هذه الدراسات في الظهور ، وتقدم دعماً عاماً لهذه الفكرة ، على سبيل المثال ، قدّم أوكسنر ورفاقه Ochsner et al (2002) صوراً محايدة (لمبة) أو صوراً متكافئة سلبياً (جسم مشوّه) إلى بعض السيدات الصحيحات أثناء رقودهن في ماسح ضوئي يقيس تنشيط المخ لديهن . تم غطاء تعليمات للسيدات بان يروا الصورة ويختبرن تماماً أي استجابة انفعالية يمكن أن تكشف عنها . ظلت الصورة على الشاشة لفترة أخرى من الوقت ، مع إعطاء تعليمات إما بالنظر إلى الصورة ، أو إعادة تقييم المثير .

طُلب من السيدات – كجزء من تعليمات إعادة التقييم – تفسير الصورة السلبية بحيث لا تستثير بعد ذلك الاستجابة الانفعالية السالبة (صورة الجسم المشّوه عبارة عن جزء من فيلم سينمائي مرعب ليس حقيقي) . كما هو متوقع من خلال نموذج ليدوكس ، فإن إعادة تقييم الصورة السالبة قلل من التأثير السلبي لها ، وارتبط بالتنشيط الزائد في بناءات القشرة المخية العليا (بما في ذلك المناطق الظهرية ، والبطنية للقشرة المخية قبل الأمامية على الجانب الأيسر ، والقشرة المخية قبل الأمامية على الجانب الظهري الأوسط) ، والتنشيط المتناقص في اللوزة . علاوة على ذلك ، ارتبط التنشيط الزائد في القشرة المخية قبل الأمامية على الجانب البطني بالتنشيط المتناقص في اللوزة ، مما يشير إلى أن هذا الجزء من القشرة المخية قبل الأمامية يلعب دوراً هاماً في التنظيم الواعي والإرادي للعمليات الانفعالية .

إستراتيجيات تنظيم الانفعال

التنظيم الانفعالي هو العملية التي يؤثر بها الأفراد على نوع الانفعالات ، وزمن حدوثها ، وكيفية اختبارها ، والتعبير عنها . أجرى جروس ورفاقه Gross, et al (Gross, 2002,Gross&Levenson,1997)عدداً من التجارب جيدة التصميم التي أظهرت أنه من الممكن تغيير الاستجابة الانفعالية –عن قصة- لدى الفرد بما في ذلك الاستجابة الجسمية ، بناءً على المدخل الذي يتبناه الفرد في التعامل مع المادة الانفعالية . وفي تجربة مماثلة ، طُلب من أفراد أصحاء رؤية صوراً مختلفة ، بعض هذه

الصور (صور يد إنسان مبتورة) قد تظهر ردود أفعال سالبة بشكل قوي جداً لدى جميع الناس ، مثل مشاعر الغثيان .

أثناء التجربة ، ربما نقيس الاستجابة النفسية – الجسمية للفرد قبل ، وأثناء ، وأحياناً بعد رؤية هذه الصور . لاحظ جروس ورفاقه - عند استخدامهم لهذا النموذج – أن إعطاء المفحوصين تعليمات مختلفة عن ما يفعلونه عند رؤية هذه الصور يمكن أن يكون له تأثير دراماتيكي على الاستجابة الفسيولوجية والشخصية .

الإستراتيجية الأكثر فعالية هي إعادة التقييم . على سبيل المثال ، إذا استطعنا إيجاد تفسيرات بديلة ، أقل توتراً ، فإن المعلومات (صورة –حدث– ... الخ) ينتج عنها انفعالات سالبة .

بالمقارنة ، عندما يُطلب من المفحوصين كبح انفعالاتهم عند رؤية الصور من خلال التصرف بطريقة يستطيع الفرد من خلالها التعبير عن شعوره ، فإن ذلك يزيد من التوتر الشخصي ويزيد أيضاً من التنشيط النفسي – الجسمي مقارنة بالأفراد الذين لا يحاولون كبح انفعالاتهم .

قد يبدو هذا على إنه مخالف للمنطق ، ولكنه متناغم مع العدد الكبير من الدراسات التي تظهر التأثيرات المتناقضة للاكتئاب : كلما اجتهدنا في ألا يضايقنا شئ ما ، كلما كانت الفرصة مهيأة أكثر لأن يضايقنا هذا الشئ ، سواء أكانت هذه الأشياء مشاعر ، أو أفكار ، أو تصورات ، أو أحداث في البيئة المحيطة (مثل الحنفية التي تقطر ماءً ، أو تكات ساعة الحائط) . هذه الظاهرة درسها دانيال ويجنار Daniel wegner ، الذي طّور تجربة الدُب الأبيض لتوضيح هذه النقطة (wegner,1994) . التجربة بسيطة جداً وتأثيرها محل ثقة : تخيل دُب أبيض زغب .

الآن ، فكّر لمدة دقيقة عن شئ ما تحبه ، ماعدا الدُب الأبيض . قم بعّد كل مرة يدخل فيها الدُب الأبيض فجأة إلى تفكيرك . كم مرة دخل فيها الدُب الأبيض على تفكيرك ؟ الدُب الأبيض لا يكّون صورة اقتحامية إلا إذا كانت هناك خبرة شخصية مع الدُب الأبيض في حياة الفرد ، خصوصاً إذا كانت هذه الخبرة انفعالية . بوضوح ، فإن هذه التجربة تعمل

بشكل أفضل لو أننا تخيرنا أفكاراً أو أخيلةً ذات معنى بالنسبة لنا ، أو متكافئة من الناحية الانفعالية .

في هذه التجربة البسيطة ، يكمن السبب في علة كون الصورة المحايدة للدُب الأبيض صورة اقتحامية هي محاولة كبحها . إن سبب هذا التأثير المتناقض مرتبط – بشكل واضح – بالنشاط المعرفي المطلوب لكبح الصورة . لكي لا نفكر في شئ ما ، لابد لنا من مراقبة عملياتنا المعرفية . نحن نركز – كجزء من عملية المراقبة هذه على هذا الشئ الذي نحاول عدم التركيز عليه ، وهذا يؤدي إلى التناقض ، وإذا حدث ذلك بشكل منتظم ، من الممكن أن يؤدي إلى اضطرابات انفعالية .

أوضح ويجنار أن المحاولات لكبح الأفكار عن الدُب الأبيض لا تزيد – بشكل متناقض – من تكرار هذه الأفكار أثناء مرحلة ما بعد الكبح التي يكون فيها الأفراد أحراراً في التفكير في أي موضوع (wegner,1994) . أشارت البحوث اللاحقة إلى وجود علاقات إرتباطية بين هذا التأثير الارتدادي كظاهرة معملية والاضطرابات العيادية . على سبيل المثال ، يؤدي كبح التفكير إلى زيادة استجابة الجلد الكهربية للأفكار الانفعالية (wegner,1994) ، مما يشير إلى أن هذا الكبح يرفع من التنشيط التعاطفي .

على نحو مشابهة ، فإن التفكير في الأحداث غير السارة يطيل من الأمزجة الغاضبة والمكتئبة (Nolen-hoesksema and Morrow.1993, rusting.1998) ، كما أن محاولات كبح الألم غير منتج أيضاً (Cioffi&Holloway,1993) . عموماً ، ترتبط الكثير من المشكلات النفسية بالمحاولات غير الفعالة لتنظيم الخبرات غير المرغوب فيها مثل المشاعر ، الأفكار ، والأخيلة .

تركز العلاجات النفسية الفعالة على تعزيز استراتيجيات التنظيم المفيدة وتنشيط استخدام الاستراتيجيات غير الفعالة . بناءً على المستهدف من العلاج ، تشتمل استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي على العديد من الأساليب المختلفة .

فبعض الاستراتيجيات تستهدف التجنب الخبراتي experiential avoidance ، ومحاولات التحكم في الانفعالات غير السارة من خلال الكبح واستراتيجيات التنظيم

الانفعالي المختل وظيفياً الأخرى ، في حين تركز الاستراتيجيات الأخرى على المثير الذي يستثير الانفعال نفسه – الموقف أو الحدث الذي يوّلد الخبرة الانفعالية.

يؤكد نموذج العملية للانفعالات لدى جروس على تقييم الإلماعات الخارجية أو الداخلية (Gross,2002, Gross&john,2003, Gross&Levenson,1997) ، عندما يتم تجهيز هذه الإلماعات ، يتم تنشيط مجموعة من الاستجابات الخبراتية ، والجسمية ، والسلوكية ، كما تتأثر بنزعات التنظيم الانفعالي . الوقت الذي ينخرط فيه الأفراد في التنظيم الانفعالي يؤثر في فعالية جهودهم التنظيمية . وعلى ذلك ، يمكن تقسيم استراتيجيات التنظيم الانفعالي – بناءً على الوقت أثناء عملية توليد الانفعال – إلى استراتيجيات تركز على العمليات السابقة ، واستراتيجيات تركز على الاستجابة .

أما استراتيجيات التنظيم الانفعالي التي تركز على العمليات السابقة ، فتحدث قبل التنشيط الكلي للاستجابة الانفعالية ، ومن أمثلتها إعادة التقييم المعرفي ، تعديل الموقف ، ونمو الانتباه . وبالمقارنة ، فإن استراتيجيات التنظيم الانفعالي التي تركز على الاستجابة عبارة عن محاولات تغيير التعبير عن ، أو خبرة الانفعال بعد البدء في الميل للاستجابة ، ومن أمثلتها الاستراتيجيات بكبح أو تحمل الاستجابة الانفعالية النشطة .

تشير النتائج التي تم الحصول عليها من خلال البحوث التجريبية إلى أن الاستراتيجيات التي تركز على العمليات السابقة طرائق فعالة نسبياً للتنظيم الانفعالي على المدي القصير، في حين أن الاستراتيجيات التي تركز على الاستجابة تميل إلى كونها تعوق الأهداف التي وضعها الفرد (Gross,1998, Gross&Levenson,1997) .

هناك إستراتيجية فعالة أخرى لتنظيم الانفعالات تتمثل في تشجيع الفرد على عزل نفسه عن أفكاره ويمكن تحقيق ذلك من خلال ممارسة التفكّر ، والتأمل التي تشجع على الموقف العقلي الذي يركز على الوقت الحاضر ، فيما يتعلق بالأفكار والمشاعر . يُشار إلى هذه العملية في الأدبيات المعاصرة على أنها "الانحراف عن المركز decentering" . هذا المصطلح قريب من "الإبعادdistancing" في العلاج المعرفي السلوكي التقليدي (Beck,1970) . على الرغم من وجود تضمينات عملية متشابهة في هذين المصطلحين ، إلا أن هناك فروق دقيقة بينهما خصوصاً في خلفيتهما النظرية .

فالإبعاد يشير إلى عملية الحصول على الموضوعية نحو الأفكار من خلال التعلم للتمييز بين الأفكار والحقيقة . لذا ، يفترض الإبعاد أنه يمكن تحصيل المعرفة الحقيقة من خلال تقييم أفكار الفرد ، والتي يتم التعبير عنها في الغالب في شكل مقولات واعتبارات تنبؤية (فروجن) – وبالمقارنة ، فإن الإبعاد كما يستخدمه بعض المؤلفين (Hayes,2004) يفترض نموذجاً نظرياً لا يميز بين الأفكار والسلوك عند المستوى المفاهيمي (فالأفكار يُنظر إليها على أنها سلوكيات لفظية) .

إن عدم القدرة على الانخراط في الانحراف عن المركز ، والأبعاد يمكن أن ينتج عنها اندماج التفكير – السلوك thought–action fusion . لقد أُفترض أن اندماج التفكير – السلوك يتألف من عنصرين (Shafran et al ,1996) . يشير العنصر الأول إلى الاعتقاد بأن المرور بخبرة تفكير معين يزيد من فرصة أن الحدث سوف يقع بالفعل . (الاحتمالية) ، في حين يشير العنصر الثاني (الأخلاق) إلى الاعتقاد أن التفكير في السلوك أو الفعل مماثل من الناحية العملية للأداء الفعلي للسلوك .

على سبيل المثال ، يمكن اعتبار التفكير في قتل إنسان ما غير مكافئ من الناحية الأخلاقية لأداء هذا الفعل . يُفترض أن هذا العنصر الأخلاقي هو نتاج الاستنتاج الخطأ بان المرور بخبرة الأفكار السيئة مؤشر على طبيعة الفرد ومقاصده الحقيقية .

المدخل العام للعلاج المعرفي السلوكي

على الرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي مدخل علاجي محبوب ، إلا أن هناك عدد من المعتقدات الخطأ (الأخطاء المعرفية و لو أردت ذلك) تتعلق بمهابة العلاج المعرفي السلوكي (المعاصر) . على عكس المعتقد الشائع ، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا يعني أن العلاج النفسي مقصور على التعديل المعرفي ، إلا أنه يعني ببساطة أن تحديد وتعديل التشوهات المعرفية أهداف هامة للعلاج ، لأن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مبدأ مؤداه أن المعارف ترتبط – على نحو سببي – بالتوتر الانفعالي ، والمشكلات السلوكية. كما أن العلاج المعرفي السلوكي يستهدف أيضاً الخبرات الانفعالية ، الأعراض الجسمية ، والسلوكيات . يميز بيك – معتمداً على طبيعة إستراتيجية العلاج - بين المداخل العقلية ، الخبراتية

والسلوكية ، وكلها مظاهر هامة للعلاج المعرفي السلوكي . يتعلم المرضى – كجزء من المدخل العقلاني – تحديد المفاهيم الخطأ لديهم ، واختبار صحة أو صدق أفكارهم ، واستبدالها بأفكار أخرى أكثر تكيفية . أما المدخل الخبراتي ، فيساعد المرضى على عرض أنفسهم على الخبرات من أجل تغيير هذه المفاهيم الخطأ .

في حالة جوي ، قام المعالج النفسي باستكشاف الأسباب التي تقف خلف مشاعر الدونية لديه ، وتلك الأسباب التي أدت به إلى محاولات الانتحار في السابق . لقد كان السبب الأكثر أهمية في العلاج هو رفع مستوى الطاقة والدافعية لدى جوي ، وهذا الهدف تحقق في البداية من خلال إعطاء جوي بعض المهام البسيطة ثم الأكثر صعوبة للقيام بها أثناء اليوم ، تلك المهام تراوحت بين التدريبات الرياضية البسيطة ، الأعمال المنزلية ، والتسوق ، إلى إرسال طلبات التقدم للوظيفة ، الذهاب لمقابلات الوظائف ، وممارسة الهوايات .
العنصر الاساسي في المدخل السلوكي يتمثل في التشجيع على نمو الأشكال المعينة من السلوك لتحسين الصحة النفسية للفرد المريض . هذه الواجبات غالباً ما يُطلق عليها التنشيط السلوكي Behavioral هذا التنشيط السلوكي يمكن أن يكسر دائرة التفكير السلبي ، والطاقة والدافعية المنخفضة . هذا التنشيط السلوكي رفع من طاقة جوي ، وغيّر من إدراكه لذاته ، وحسّن من مزاجه . بسبب التركيز على المظاهر السلوكية لكثير من المشكلات النفسية ، يبدو أن مصطلح العلاج المعرفي السلوكي أفضل مناسبة من العلاج المعرفي فقط Cognitive Therapy ، أو العلاج العقلاني فقط Rational Therapy ، كما أشار إلى ذلك كل من بيك وإليس .
العلاج المعرفي السلوكي يركز على الوقت الراهن . فالمريض مشارك نشط ، ويعتبر خبير في مشكلاته النفسية . العلاقة بين المعالج النفسي والمريض علاقة ودودة ، ونقية ، كما أن التواصل مباشر ولكن الاحترام متبادل . لا يُنظر إلى المريض على أن به عيب ،.. كما لا يُنظر إلى المعالج النفسي على أنه كلي القدرة ، أي لدية القدرة على الشفاء .
ولكن المعالج النفسى والمريض يكونان علاقة تشاركية لحل مشكلة ما . إن الدور الأول للمعالج النفسى في العلاج المعرفى السلوكى نشط جداً ، حيث يُعلم المريض بالقواعد الأساسية لهذا المدخل العلاجى . ومع ذلك ، كلما تقدم العلاج ، من المتوقع أن يصبح المرضى أكثر نشاطاً في العلاج ، وأكثر استقلالية وأكثر تأثيراً في الأحداث .

عادة ما يسعى المرضى في طلب المساعدة للعديد من المشكلات المختلفة . وغالباً ما يبين التحليل أنواع من المشكلات المختلفة ترتبط مباشرة ببعضها البعض أو أن المشكلات الفرعية المختلفة يمكن أن تصنف تحت مشكلة أكبر .

على سبيل المثال ، نقص الدافعية لدى جوى ، وقلة طاقته ، والميل للإفراط في النوم ترتبط بوضوح – بمشكلة الاكتئاب لديه ، وكذلك بمشاعر إنقاص الذات لديه .

إذا كان الهدف الرئيسى من العلاج المعرفى السلوكى هو استهداف مشكلات النوم لدى جوى ، فإن ذلك يعنى أنه يفوته النقطة الرئيسية للمشكلات النفسية عند جوى . من الواضح أن مشاعر إنقاص الذات لدى جوى هى المشكلة الرئيسية التى ينبغى أن تكون هدف العلاج . تمثلت المعتقدات الرئيسية (المخططات) لجوى في الآتى :" ليس لى قيمة إلا إذا أنفقت على أسرتى" ، "أنا غير كفء".

هذه المعتقدات الرئيسية صريحة وعلنية أكثر في مرحلة تالية أثناء عملية العلاج ، عندما يتضح أن الأفكار الآلية المتعددة بينها قواسم مشتركة . هذه العملية تحتاج من المريض استكشاف ذاتى ، واستفسار إرشادي (أو اكتشاف موجه) من المعالج النفسى (وهذا ما يطلق عليه بيك في العلاج المعرفى السلوكى أسلوب الاستجواب السقراطي).

أثناء تقدم عملية العلاج النفسى ، تصبح أهداف العلاج المعرفى السلوكى أكثر تركيزاً وأكثر توجهاً نحو المعتقدات الرئيسية لدى المريض . ومع ذلك ، فإن هذه الأهداف لا يحددها المريض وحده . أثناء عملية العلاج ، يقوم المعالج للوصول إلى أو تحقيق هذه الأهداف ، وتصور النواتج التى يمكن ملاحظتها ، والتى سوف تشير إلى أن كل هدف قد تحقق .

تجدر الإشارة إلى أن المرضى يشتركون في عمليات صنع القرار هذه . هناك مفهوم خاطئ يتمثل في أن العلاج السلوكى يستبدل التفكير السلبى بالتفكير الايجابي ، والذى بدوره سوف يحل كل المشكلات النفسية ، وهذا ليس بصحيح عند كافة المستويات .

فالعلاج المعرفى السلوكى لا يحاول أن يجعل الموقف السيئ موقفاً جيداً . فالعلاج المعرفى السلوكى لا يشجع المرضى على التفكير بشكل ايجابي في الأحداث التى تسبب التوتر بالفعل ، أو تجاهل الأحداث المؤسفة التى وقعت للفرد . إلا أن المعالج النفسى في العلاج المعرفى السلوكى يساعد المريض على الدراسة الناقدة ليعرف ما إذا كان هناك ما يبرر استجابته لموقف معين أم لا .

إذا كان هناك مبرر جيد لهذه الاستجابة الوجدانية السالبة ، فإن العلاج المعرفى السلوكى يشجع المريض على تعبئة مصادره للتعامل مع الحدث السلبى، وأن يحيا حياة لها معنى.
فالمرأة التى فقدت ابنها في حرب العراق امرأة ثكلى ، ولديها ما يبرر الحزن الذى تعيش فيه ، فليس هناك أى شئ إيجابي في فقدان الأبناء ، والأم هذه لديها ما يبرر بقائها حزينة لفترة كبيرة من الزمن . فالأشياء السيئة تحدث ، وتقع للأفراد الخيرين . ومع ذلك ، معظمنا لدية القدرة على مجابهة الأحداث البغيضة في الحياة ، ويجددون الطرائق التى تساعدهم على الاستمرار في الحياة .
إن فقدان الولد في حرب مثال صعب ، وأن معظمنا لم يُمنى بهذه المصيبة . في حالة جوى ، فإن المثير للاكتئاب لديه يتمثل في تقاعده عن العمل ، وتركه له . على الرغم من أن التقاعد عن العمل ليس حدثاً ساراً ، إلا أنه ليس بكارثة ، وأن معظم الناس يستطيعون مجابهة هذا التحدى . ومع ذلك ، فإن مثيرات الاكتئاب ليس بالضرورة حاضرة . في الحقيقة لا يتذكر كثير من الناس حدث مثير لهذا الاكتئاب .
نفس الأمر ينطبق على المشكلات النفسية الأخرى . غالباً ما يعلن المرضى أن مشكلتهم النفسية حدثت بكل بساطة . يشجع المعالجون النفسيون في العلاج المعرفى السلوكى المرضى على تحديد ما يبرر استمرار المشكلة ، ويساعدون المرضى ، ويدفعونهم نحو تغيير هذه المبررات أو الأسباب . من خلال علاج الأفكار كفروض ، فإن المرضى يتم وضعهم في دور الملاحظين أو العلماء وليس كضحية للمشكلات النفسية .
ولكى يتم تحدى هذه الأفكار ، يتناقش المعالج النفسى والمريض في الدليل على أو ضد افتراض معين ، وهذا يمكن تحقيقه عن طريق استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمريض (ما هى الاحتمالية بناءً على خبرتك الماضية ؟ وعن طريق تقديم معلومات أكثر دقه (ماذا نعرف عن الحدث ؟) ، وعن طريق إعادة تقييم نواتج الموقف (ما هو أسوأ شئ يمكن أن يحدث ؟) ، وعن طريق إعطاء المريض الفرصة لاختبار فروضة بعرضهم على الأنشطة والمواقف التى يتجنبها ، ويخاف منها ترتبط العديد من الأفكار الآلية التى أعلن عنها المرضى ذوى المشكلات الانفعالية بأنماط التفكير التى تؤدى الى الإفراط في تقدير الاحتمالية Probability overestimation يشير هذا المصطلح إلى الخطأ المعرفى الذى يحدث عندما يعتقد الفرد أن حدثاً غير محتمل ، يمكن أن يقع أو يحدث .

على سبيل المثال ، الأفراد ذوو اضطراب الهلع ، أو القلق الصحى ربما يفسرون ضربات القلب السريعة غير الضارة على أنها علامة على أزمة قلبية وشيكة ، والمرأة ذات اضطراب القلق ربما تستنتج أن زوجها قد وقع له حادث في الطريق لأنه لم يأتى إلى البيت في الموعد المعتاد — على الرغم من أن هذه الأحداث (الأزمة القلبية ، حادث السيارة) ليست مستحيلة ، إلا أن احتمالية حدوثها ضئيلة . ومع ذلك ، قد تكون احتمالية وقع حدث ما كبير ، مما يعنى أن المرأة لديها ما يبرر القلق على زوجها إذا كان غير بارع في قيادة السيارة ، وأنه قد وقعت له حوادث سابقة لهذا السبب ، إذا كان معتاداً أن يصل الى البيت في الوقت المحدد ، أو إذا كان قد وعد أن يصل إلى البيت في ذلك الوقت .

هناك نمط أخر من أنماط التفكير يطلق عليه التفكير الكوارثى Catastrophic Thinking . هذا النوع من التفكير يعنى " تضخيم الأشياء ، أو وضعها في غير نصابها الحقيقى " على الرغم من أنها ليست كذلك . بمعنى آخر ، الشخص الذى يقع في هذا الخطأ المعرفى يدرك النتيجة أو يراها على انها كارثة ، حتى ولو لم تكن كذلك . ومن أمثلة ذلك ، شخص لديه قلق اجتماعي يعتقد — بعدما رفضت سيدة الخروج معه في موعدها — انه لن يجد له شريكاً في الحياة لأنه لن تكون هناك سيدة تهتم به ، ترغب فيه. متى يتم التعرف على الأفكار اللاتكيفية وتحديها ، ينبغى على الفرد آنذاك أن يضع معتقداته القديمة موضع الاختبار . على سبيل المثال ، في حالات اضطرابات القلق ، فإن الأفراد سيواجهون أحداث ومواقف (قد تشتمل أيضاً على صور وأنشطة) قاموا بتفسيرها بطريقة غير صحيحة . يُسمح للمرضى ، أو يقدم لهم الفرص لإجراء تجارب ميدانية للدراسة مدى صحة فروضهم .

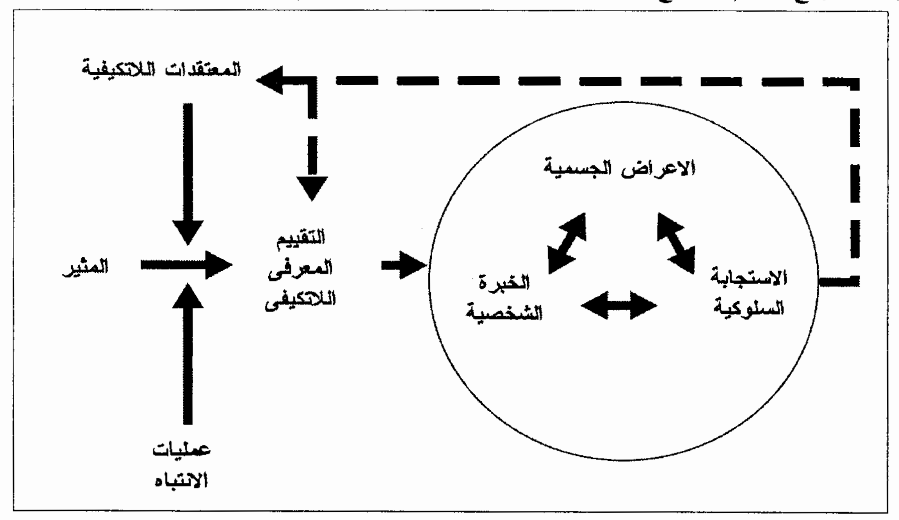
على سبيل المثال ، قد يُطلب من فرد لدية اضطراب القلق الاجتماعى أن يستهل حواراً مع عشر سيدات في محل لبيع الكتب ، وفى ممارسة لاحقة ، قد يتطلب منه تهيئة نفسه لرفض السيدات وذلك من أجل التعامل مع همّه الذى يتعلق بنتائج كونه مرفوضاً . بالإضافة الى هذه الأشكال العامة من الأخطاء المعرفية ، فإن الفصول في سياق التجارب السلوكية التى واجه فيها المرضى موقف سُمح لهم فيها باختيار صدق معتقداتهم. معظم هذه التجارب حدثت خارج مكتب المعالج النفسى في بيئة أقل أماناً .

أحد أصعب الخطوات في العلاج المعرفي السلوكي هو استبدال الأفكار اللاتكيفية بأفكار أخرى تكيفية . ولكي يدرك المرضى الأفكار البديلة ، ينبغي أن يسألوا أنفسهم الأسئلة التالية : " ما هي الطرق البديلة لتفسير هذا الحدث ؟ " أو كيف يفسر الآخرون هذا الحدث ؟ " ، ومع تكرار الممارسة يتعلم المرضى تغيير منظورهم ، منتقلين من الضحية السلبية لمشكلاتهم النفسية ، إلى الملاحظ النشط . في الغالب ما تستخدم أشكال مراقبة الذات لتوجيه هذه العملية .

إن الطرق التي تفسر بها الأشياء – مثل أي عادة سيئة – تمثل إلى مقاومة التغيير . تتمثل الخطوة الأولى نحو التغيير في إدراك أن هناك العديد من الطرائق المختلفة التي يمكن من خلالها تفسير الحدث . ولكي نفسر حدث ما ، نحن في حاجة إلى صياغة فروض ، وهذه الفروض هي التي تحدد استجابتنا الانفعالية للحدث .

كما ذكرنا من قبل ، فإن هدف العلاج هو اختيار المريض لفروضه ، وإذا كانت هذه الفروض غير صحيحة يقوم بتعديلها لكي يتم تنمية منظور أكثر واقعية عن العالم الحقيقي . يتمثل افتراض المدخل المعرفي في أن التنبؤات والمقولات الذاتية لها تأثير قوى على السلوك والخبرة . لذلك ، من الضروري الإعداد للممارسة لضمان أن جلسة الممارسة سوف تقدم القدرة المثلى لتحدى الأفكار المختلة وظيفياً لدى المريض .

بالإضافة إلى ذلك ، فإن تجهيز الخبرات التي تلي التعرض ذات أهمية مماثلة . الشكل الأتي يصوّر النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي كما يستخدم في هذا الكتاب .



الشكل (1) نموذج العلاج المعرفي السلوكي

يظهر هذا النموذج أن المعتقدات اللاتكيفية (المخططات) يمكن أن تؤدى إلى معارف معينة لا تكيفية (وفى الغالب آلية) عندما يخصص الانتباه إلى مظاهر مثيرات معينة مثل المواقف ، أو الأحداث ، أو الأحاسيس ، أو حتى الأفكار الأخرى . غالباً ما تظهر عمليات الانتباه هذه درجة عالية من الآلية ويمكن أن تحدث عند مستوى ملازم للوعى .

متى وصلت العملية إلى مستوى الوعى ، يتم تفسير وتقييم المثيرات . ثم بعد ذلك يؤدى التقييم إلى الخبرة الشخصية ، الأعراض الجسمية والاستجابة السلوكية . على سبيل المثال، الشخص الذى يحمل وجهة النظر التالية " أنا ليست لدى الكفاءة الاجتماعية " من المحتمل بشكل كبير أن يفسر حدث ما (مستمع يتثاءب) بطريقة تتناغم مع هذا الاعتقاد ، أو هذا المخطط . هذا التفسير للموقف المؤدى إلى أعراض جسمية (سرعة ضربات القلب) الاستجابات السلوكية (التأتأة) ، والخبرة الشخصية (الخوف والحيرة) .

إن فسيولوجيا الانفعال ، والسلوكيات ، والخبرة الشخصية للانفعال تصدق الانتباه عن أداء المهمة الحقيقية ، ويشبع بعضها بعضاً وتدعم التقييم المعرفى اللاتكيفى للموقف ومخططات الشخص يكون غير كفء ، مما يحقق حلقة تغذية راجعة موجبه حلقة التغذية الراجعة الموجبة هذه يمكن تحقيقها أيضاً من خلال عملية يطلق عليها الاستدلال الانفعالي Emotional Reasoning ، وهو عملية معرفية لا تكيفية تستخدم الخبرة الانفعالية للفرد كدليل على صدق الفكرة . ومن أمثلة الاستدلال الانفعالي الطفل الذى يخاف من الكلاب ، الذى يستخدم هذا الخوف بعد ذلك كدليل على الاعتقاد بأن الكلاب أكيد خطيرة .

إن الاستدلال الانفعالي عملية ضرورية لأنها تحقق حلقة التغذية الراجعة الموجبة من خلال تحويل نتيجة فكرة ما (الخوف من الكلاب مثلاً) إلى سابق على نفس الفكرة (مثلاً : الكلاب خطيرة) . نحن نواجه حلقة التغذية الراجعة الموجبة هذه في الاضطرابات الوجدانية .

يقوم التمييز بين الفسيولوجيا ، الخبرة الشخصية ، السلوكية على نموذج الانفعال العام الثلاثى . إن عزل الاستجابة الانفعالية إلى هذه المكونات الثلاثة قد يبدو مصطنعاً ، وتعتقد بعض مدارس علم النفس انه من غير الضرورى القيام بهذا التقسيم . على سبيل المثال ، قد

يرى المؤيد للمدخل النظرى الذى يعرف بأنه التحليل السلوكى Behavior Analysis - أن كل استجابة لحدث ما ، أو موقف ما عبارة عن استجابة سلوكية ، ومن غير المفيد افتراض أن التقييم المعرفى يتقدم على الاستجابة ، وان الاستجابات الشخصية ، والجسمية مختلفة عن الاستجابة السلوكية الصريحة أو العلنية .

ومع ذلك ، تقدم لنا الأدبيات دليلاً كافياً لدعم هذا النموذج ، ومن المفيد اشتقاق أهداف علاجية ، وعند صياغة استراتيجيات تدخل معينة . وإن المكونات الثلاثة : السلوكيات ، الفسيولوجية ، والخبرة الشخصية – تكّون معاً نظاماً ، إلا أنه يمكن استهداف كل منها بشكل مستقل . يمكن التعبير عن المكون السلوكى في شكل إشارات صريحة عن الخبرة الانفعالية .

في حالة القلق ، قد تكون هذه السلوكيات إستراتيجيات التجنب الأخرى يمكن أن تكون خبراتية من خلال – على سبيل المثال – تجنب الخبرة الشخصية أو الحساسة الفسيولوجية بالاستجابة الانفعالية . ومع ذلك ، فإن هذه الاستراتيجيات تبقى على المدخل اللاتكيفى نحو الخبرات الخارجية لأن حلقة التغذية الراجعة الموجبة لا تسمح للنظام بالتغيير من خلال اعتبار أو التفكير في أى دليل غير توكيدي .

يمكن تحقيق التغذية الراجعة الموجبة كنتيجة للاستدلال الإنفعالى ، والإدراك الذاتى ، الأغراض الجسمية الفسيولوجية ، السلوكيات ، والخبرات الشخصية يمكن أن تحدد التقييم المعرفى للموقف ، كما يمكن أن تحدد أيضاً من خلاله .

الفصل الثانى

تفويـــض العـــقل

الاستعداد للتغيير

الاضطرابات النفسية غير سارة وغير مرغوب فيها ،حيث إنها تتسبب في التوتر الشخصى للفرد المصاب بها ،بالإضافة إلى زملاءه وأفراد أسرته ، كما أنها تقيد الحياة الشخصية للفرد، وحياته العملية ، السعادة بوجه عام على الرغم من كل هذه النواتج السالبة ،غالباً ما ينخرط الناس في أنشطة تبقى على هذه الحالات غير المرغوب فيها.

غالباً ما يكون لدى الناس وعى بهذا ، ولكن مازالوا ينخرطون في هذه الأنشطة ، كالمريض الذى يعانى من سرطان الرئة ، ومع ذلك لا يستطيع التوقف عن التدخين. هناك أمثلة عديدة أخرى .الفرد الذى لديه اكتئاب ، وينام قرابة 12 ساعة في الليل ، وكسول أثناء النهار ،أو الفرد الذى لديه اضطراب القلق الاجتماعي ، ويتجنب الحفلات .على الرغم من أن الناس غالباً ما يدركون أن سلوكيات عديدة تجعل حالتهم أكثر سوءً ،إلا أنهم يصعب عليهم تغييرها .هناك أسباب عديدة لذلك .

على سبيل المثال ،نقص الدافعية وعدم النشاط في حالة الاكتئاب أو سلوكيات التجنب في حالة القلق .هذا ليس عامل إبقائي فقط ، ولكن تعبير عن هذه الاضطرابات أيضاً.

مراحل التغيير

هناك نظرية مؤثرة تصف عمليات التغيير هذه يطلق عليها النموذج النظرى الإنتقالى للتغيير TransTheoretical Model. هذا النموذج يحدد مراحل مختلفة للتغيير تختلف في الاستعداد للتغيير {Prochoska et al,1992] .

على الرغم من أن هذا النموذج تم تطويره لسلوكيات الإدمان ،إلا أنه ليس قاصراً على أى مشكلة نفسية معينة ،أو عملية تغيير علاجى، علاوة على ذلك ،فإن المشكلة ليست في حاجة إلى أن تكون مقصورة على التغيرات في السلوكيات الظاهرة ولكن تنطبق أيضاً على التغيرات في المعارف والادراكات . تحديداً .يفرض النموذج أن عملية التغيير تنطوى على التقدم عبر ست مراحل هى : ما قبل التفكير في التغيير Precontemplation، التفكير في التغيير

Contemplation ، الإعداد Preparation، الفعل Action ،الإعالة Maintenance والإنهاء Termination .

في مرحلة ماقبل التفكير في التغيير ،فإن الفرد لا ينوى البدء في أى تغيير في المستقبل الذى يمكن التنبؤ به .

أما في مرحلة التفكير في التغيير ،فإن الناس يفكرون بعمق في القيام بالفعل في المستقبل (في حالة سلوكيات الإدمان ، خلال الستة أشهر القادمة). فقد بدأوا في وزن تكلفة ، وفوائد السلوكيات والمعارف اللاتكيفية .أما في مرحلة الإعداد ،فإن الناس ينون تغيير سلوكياتهم ، ومعارفهم في المستقبل القريب (عادة خلال الشهر القادم).فقد يبدأون في التجربة بتغييرات بسيطة ،ولكنهم حتى الآن غير مستعدين لإجراء تغيرات كبيرة ،ولا تحدث هذه التغيرات الكبيرة إلا إذا وصل الناس الى مرحلة الفعل ،حيث يقومون فيها بتغيير سلوكياتهم ومعارفهم اللاتكيفية .

أما مرحلة الإعالة ، فهى المرحلة التى يقوم فيها الناس بمجهود مستمر للاستمرار في استراتجيات التغيير.أخيرا ،يصل الناس إلى مرحلة الإنهاء عندما لا يكون لديهم أى إغواء ،وتصبح لديهم ثقة في عدم العودة إلى الوراء ، أى إلى أنماط السلوك والمعارف القديمة ، أو اللاتكيفية .

إن الشروع في التغيير يتطلب دافعية ،وشجاعة كبيرة لأن الاستراتيجيات التى تستخدم للتغلب على المشكلات صعبة ،أو مؤلمة ،أو محدثة للتوتر بالإضافة إلى ذلك ، لا يمكن أن يكون الفرد متأكداً من أن إستراتيجيات العلاج النفسى سوف ينتج عنها نواتج مرغوب فيها –لذا لابد أن يكون هدف العلاج مرغوب فيه وقابل للتحقيق أيضاً حتى يكون الفرد المريض على استعداد للتغيير وينخرط علية فى العلاج هذا الاستعداد للتغيير يمكن تعزيزه من خلال إجراء تحليل الفائدة –التكلفة التى تقع على الفرد نتيجة لوجود المشكلة عنده ، ومقارنة ذلك بتحليل الفائدة التكلفة إذا تحرر من هذه المشكلة .

فى حالة التغيير السلوكى ،فإن الفرد –من المحتمل –سوف يتغير إذا نسبة التكلفة –الفائدة لاستمرار السلوك اكبر من نسبة التكلفة –الفائدة لتغيير السلوك (إذا كانت أكثر تكلفة وأقل فائدة للاستمرار فى السلوك عنه لتغيير السلوك) هناك عوامل هامة لابد من مراعاتها

فى تحليل التكلفة –الفائدة ، ألا وهى :القيم الشخصية السعادة ، القرارات الحياتية ، والخطط المستقبلية .

التعزيز الدافعى

هناك إستراتيجية تدخل خاصة يمكن أن تساعد المرضى فى تحليل التكلفة –الفائدة لسلوكياتهم، ألا وهى التعزيز الدافعىٍ ، أو المقابلة الدافعية أول ما طورت أساليب التعزيز الدافعى وتم اختبارها ، كان ذلك على الأفراد ذوى اضطراب استخدام المواد المخدرة والكحولات (Miller &Rollnick,2002).

ومع ذلك يمكن تطبيقها أيضاً على مشكلة التوتر النفسى ، كما أنها أكثر فعالية للأفراد فى مرحلة التفكير فى التعبير Contemplation، ولكن لها أيضاً القدرة على دفع الناس فى المراحل الأخرى من نموذج النظرى التحولى . هذه الأساليب تقوم على أربع مبادئ أساسية للعلاج النفسى 1) التعبير عن التعاطف الوجدانى (2) تنمية التناقض (3) التمايل مع المقاومة (4)دعم فعالية الذات.

التعبير عن التعاطف الوجدانى

من الطبيعى أن يكون المريض متناقضاً بشأن تغيير سلوكياته ،وعلى المعالج النفسى أن يتعاطف وجدانياً مع هذا التناقض ،بدون تقديم أى أحكام .ومن بين الاستراتيجيات التى تمكن المعالج النفسى من تحقيق ذلك ما يأتى :طرح أسئلة ذات نهاية مفتوحة ،استخدام أساليب الاستماع الانعكاسي ، تحقيق علاقة تشاركية، يسودها الاحترام.

تنمية التناقض

المرضى ذوو الاضطرابات الانفعالية لديهم درجة من التناقض تجاه تغيير السلوكيات التى تسهم فى العلاج النفسى .على سبيل المثال، قد يدرك مرضى الوسواس القهرى أن سلوك الوسوسة لديهم مفرط ، ولا تكيفى ومع ذلك، قد يشعرون أيضاً أن عدم الانخراط فى هذا السلوك من الممكن أن يتبعه نواتج مخيفة وكوارثية (محتوى الوسواس) .

على نحو مشابه ،قد يشعر مرضى اضطراب القلق العام بالتوتر عند شعورهم بالقلق ،ولكنهم أيضاً قد يرون القلق على أنه طريقة للتحكم فى القلق . يتمثل دور المعالج النفسى فى مساعدة المرضى على دفع كفتى الميزان نحو تغيير السلوك من خلال مساعدة المريض على إدراك أن هناك مكاسب كثيرة عند ما يستبدل السلوكيات القديمة ، اللاتكيفية ،بسلوكيات جديدة ، تكيفية ، ومن خلال تضخيم التنافر بين الموقف الحالى للمريض، وموقفه المرغوب فيه ،فإذا نظر الشخص إلى سلوكه الحالى ورآه أنه يتصارع مع الأهداف الشخصية الهامة ، أو القيم الشخصية الهامة ، فمن المحتمل أن يغيره.

ويتمثل دور المعالج النفسى فى تعزيز الدرجة التى يدرك عندها سلوك معين على أنه متناقض مع أهداف وقيم الفرد ، وهذا سوف يزيد من احتمالية تغيير السلوك .هناك بعض جهادات العلاج النفسى فى تعزيز الدرجة التى يدرك عندها سلوك معين على أنه متناقض مع أهداف وقيم الفرد ،وهذا سوف يزيد من احتمالية تغيير السلوك .هناك بعض مهارات العلاج النفسى الهامة لتطبيق هذا المبدأ ،وهى :التعرف ،التأمل الانتقائي للعبارات أو الأفكار الوجدانية التى تدغم تغيير السلوك .

التمايل مع المقاومة

إن الهدف من المقابلة الدافعية هو تشجيع المرضى على حل التناقض لديهم من خلال اختيار تبنى سلوكيات تكيفية . ولكى يتحقق هذا الهدف ، فإن المعالج النفسى لا يتناقش من أجل تغيير السلوك ، لأن ذلك قد يؤدى إلى أن المريض يقدم مناقشات ضد تغيير السلوك ، فمن الممكن أن يصبح العلاج صراعاً بين المعالج النفسى والمريض ، بدلاً من كونه عملية تشاركية .

ولكى يتجنب المعالج النفسى هذا ، عليه أن يستجيب للمقاومة أو التناقض الذى يعبر عنه المريض ،ليس بالمواجهة ،ولكن بالفهم والتعاطف ،مع وجود هدف يتمثل فى استكشاف المناظير البديلة من المريض ،فلابد أن نبدأ استراتيجيات التغيير من عند المريض ، وليس من عند المعالج النفسى ،كما ينبغى أن يتوقع المعالج النفسى المقاومة من جانب المريض .وعلى المعالج النفسى أن يشرك المريض –كاستجابة لهذه المقاومة –فى مناقشة لاستكشاف طرائق كل هذا التناقض من خلال مناقشة استراتيجيات حل المشكلة ،وفى الوقت ذاته يصدق على

هموم المريض ،مستخدماً الأسئلة ذات النهاية المفتوحة لاستدعاء مناظير جديدة ، وتيسير استراتجيات حل المشكلة .

دعم فعالية الذات

لقد أوضحت أبحاث باندورا Bandura (1977) أن الاعتقاد فى قدرة الفرد على التغيير الناجح للسلوك مؤشر على التغيير الفعلي للسلوك .لذا ، فإن اعتقاد المريض فى قدرته على تغيير السلوك بنجاح (فعالية الذات لديه)هام فى الشروع فى تغيير السلوك . دور المعالج النفسى يتمثل فى تشجيع فعالية الذات من خلال تعزيز التغيير الايجابي للسلوك ، ومن خلال إرشاد المريض نحو نقاط ناجحة اتخذت أو يحاول المريض اتخاذها نحو تغيير السلوك . بوجه عام ،من المعتقد أن تغيير السلوك أثناء المقابلة الدافعية تتقدم فى مرحلتين مستقلتين (Miller&Rollnick.1991).
المرحلة الأولى تركز على بناء الدافعية من أجل تغيير السلوك أو القيم .كما أنها التكاليف والفوائد المرتبطة بتغيير السلوك . أما المرحلة الثانية ، فتركز على تعزيز اعتقاد المريض فى قدرته على التغيير الناتج للسلوك اللاتكيفى .

هذه المرحلة تعول على التوازن القرارى التحويلى عن طريق فعالية الذات لدى المريض من أجل تغيير السلوكيات اللاتكيفية بنجاح . تشتمل الأساليب المفيدة لهذه المرحلة على وضع أهداف دقيقة لتغيير السلوك ، وضع ، واستكشاف خطط مختلفة لتغيير السلوك ، والالتزام بتنفيذ خطة تغيير السلوك . فى هذه المرحلة ، ينبغى اعتبار استراتجيات العلاج المعرفى السلوكى التى تم تهيئها للفرد. هذه الاستراتجيات سوف نلخص لها فى الفصول التالية . كل هذه الاستراتيجيات تم إجراؤها فى سياق عملية العلاج المعرفى السلوكى العامة .
يتردد المرضى فى دافعتيهم بشكل ملحوظ ، دخولاً وخروجاً إلى المراحل المختلفة ، وحتى يقفزون بين المراحل المختلفة للنموذج . ومع ذلك ، من المفيد اعتبار هذا النموذج لتوكيد فرض عملى عند إجراء العلاج مع المرضى لكى نطبق طرائق المقابلة الدافعية لدفع المرضى للاستمرار فى العلاج إذا لزم الأمر.

التقويم

متى خضع المريض للعلاج ، وتم استثارة دافعيته لذلك ، فإن أول خطوة فى أى علاج ينبغى أن تكون التقييم التشخيصى الواعى ، ويمكن تحقيق ذلك بشكل أفضل من خلال مقابلات فردية شبه بنائية مثل المقابلة الشخصية العيادية البنائية للدليل التشخيصى (First et al, 1995) . يمكن للطبيب المدرب الماهر أن يستخدم مباشرة معايير الدليل التشخيصى لتحديد وجود أو عدم وجود اضطرابات معينة . من الأهمية بمكان قياس الاضطرابات التى يفترض الطبيب وجودها ، بالإضافة الى الإعلان عن وجود اضطرابات أخرى ، والتى قد تبدو غير مرتبطة بالاضطرابات .لابد للأطباء ذوى الخبرة من أن يكونوا منفتحين ، ولديهم الرغبة فى مراجعة التقييم العيادى الأول ،والذى يتعلق بمشكلة المريض . وهذا يعنى أن الطبيب ينبغى أن يجد دليلاً يؤيد افتراضه ،وأيضاً يجمع المعلومات التى تناقض ، وتثبت خطأ الافتراضات الأولى .بالإضافة إلى التقييم التشخيصى ،من المفيد أن يطلب من المريض الاحتفاظ بمذكرة يومية ،يكتب فيها –على الأقل- يوم، وتاريخ ، وموقف ووصف المشكلة محل العلاج (مستوى المزاج ،مستوى القلق.ألخ).

بالإضافة إلى كون هذه المذكرات مؤشراً على التغيير ،فإنها أيضاً يمكن أن تحدد أى ظروف أو مثيرات للمشكلة .عند الحد الأدنى ، ينبغى أن يجيب التقويم على الأسئلة الرئيسية التالية :

- ماهى شكواك الرئيسية ؟.يأتى المرضى ومعهم عدد من المشكلات المختلفة والمترابطة إلى حد ما . إن تحديد المشكلة الرئيسية خطوة هامه نحو الشفاء .
- لماذا قرر المريض البحث عن المساعدة عن هذه النقطة ؟.الحالات المرضية عبارة عن مرض مزمن . يخبر المريض أن لديه مشكلات نفسية منذ سنوات طوال قبل التوجه إلى أخصائي الصحة العقلية .إن علة اتخاذ المريض قراراً بشأن البحث عن ، أو السعى نحو طلب المساعدة عند هذه النقطة تعطى فى الغالب معلومات هامة ذات صلة بالعلاج . على سبيل المثال، المهنة الجديدة قد تعنى أن الشخص الذى لديه اضطراب القلق الاجتماعي سوف ينبغى عليه التعامل مع تفاعلات اجتماعية أكثر ،أو زوج المرأة التى تعانى من الاكتئاب سوف ينهى علاقته بها ،أو سوف يهددها بالطلاق إذ لم تشفى من هذا المرض.

- ما هو تاريخ المشكلة ؟ على الرغم من أن الأمراض النفسية أمراض مزمنة ،فإن أعراض معينة تزداد وتتناقص . إن القياس التفصيلى لتاريخ المشكلة من الممكن أن يعطى الطبيب إلماعات هامة عن أى عوامل لها دور .على سبيل المثال ،قد يرتبط الاكتئاب لدى المريض بالتغيرات فى الوظائف أو فى البيئة الأسرية .إذا كانت التغيرات فى الأعراض ترتبط بشكل مباشر بالتغيرات الخارجية النوعية ، ينُصح باستكشاف ما إذا كانت هناك أى فوائد من المشكلة . على سبيل المثال ، الاكتئاب قد ينتج عنه أيام ضائعة كثيرة فى العمل ، ولكن قد يرتبط قليل من التوتر بنشاط معين فى العمل . هذا الكسب الثانوى Secondary gain للاضطرابات عامل هام يمكن أن يسهم فى الإبقاء على المشكلة .

- ما هو التاريخ المرضى للمريض ؟ بالإضافة إلى تاريخ وجود المشكلة ، ينبغى أن يجمع الطبيب معلومات تفصيلية عن التاريخ المرضى للمريض ، وحتى إن بدا هذا غير مرتبط بالمشكلة الحالية . من المحتمل أن ترتبط مشكلات نفسية أخرى بالمشكلة الرئيسية ، حتى وإن لم لأن المريض يتجنب الاحتكاك الاجتماعى ويؤدى إلى حياة انعزالية بدون تفاعلات اجتماعية كثيرة .

- ما هو التاريخ الأسرى والاجتماعي الهام ؟ إن معرفة التاريخ الأسرى والاجتماعي يمكن أن يعطى الطبيب فكرة عن إسهام العوامل الجينية والبيئية الأخرى . ومع ذلك ، حتى لو أعلنت الأسرة عن مشكلات نفسية ، بما فى ذلك بعضاً من نفس المشكلات .

الحالية للمريض ،فإن هذا لا يعنى أن المشكلة لا يمكن استهدافها من خلال التدخل النفسى الفعال .السبب فى نمو المشكلة فى المكان الأول ليس هو نفس السبب.الذى يؤدى إلى الإبقاء عليها .

العملية العامة للعلاج المعرفى السلوكى

متى أستكمل التقييم الشامل ، وتم استثارة الدافعية لدى المريض ، يمكن عندئذ البدء فى العلاج . تعتمد الاستراتيجيات النوعية على المشكلة الرئيسية ، وسوف نقوم بشرح هذه الاستراتيجيات لاحقاً . على الرغم من أن هذه الاستراتيجيات موجهة نحو اضطرابات

معينة ، إلا أنها تظهر عدداً من القواسم المشتركة فيما يتعلق بالعملية العامة.هذه القواسم المشتركة نعرض لها كما يأتى :-

تحقيق علاقة علاجية جيدة :

التفاعلات الموجبة بين المعالج النفسى والمريض ينبع من العلاقة التشاركية .بوجه عام ينبغى أن يكون سلوك المعالج النفسى أميناً، ودافئاً .لا ينبغى اعتبار المريض لا حول له ولا قوة ،ولا ينبغى اعتباره سلبياً،ولكن ما ينبغى هو اعتباره خبير بمشكلاته الشخصية لذا ،يشترك المرضى بنشاط وفعالية فى عملية العلاج على سبيل المثال، يشجع المعالج النفسى المرضى على صياغة ،واختبار فروض معينة من أجل الحصول على فهم أفضل عن العالم الحقيقى ، وعن مشكلاتهم أيضاً .ينصب التركيز أثناء العلاج على حل المشكلات .

يتمثل دور المعالج النفسى فى العمل مع المريض على إيجاد حلول تكيفية للمشكلات القابلة للحل.كل خطوة من خطوات العلاج النفسى واضحة ،ولها ما يبررها .يشجع المعالج النفسى المرضى على طرح أسئلة لضمان أنهم يفهمون المدخل العلاجى ويتفقون معه.

إن الدور الأساسي الأول للمعالج النفسى فى العلاج المعرفى السلوكى نشط جداً . ينبغى أن يُعلِّم المعالج النفسى المرضى عن المبادئ الأساسية لهذا المدخل العلاجى ،بالإضافة إلى ذلك ، غالباً ما يجد المعالجون النفسيون أن المرضى بحاجة إلى توجيه شديد فى بداية مراحل العلاج النفسى لمساعدتهم على التحديد أو التعرف الناجح على المفاهيم الخطأ ، والأفكار الآلية ذات الصلة . كلما تقدمت عملية العلاج ، من المتوقع أن يصبح المريض أكثر نشاطاً فى العلاج .

يقوم المعالج النفسى الماهر فى العلاج المعرفى السلوكى بتعزيز استقلالية المريض، وفى الوقت نفسه يكون هو على وعى بالحاجة المستمرة للدعم و التعليم أثناء بدء المريض فى تطبيق مفاهيم العلاج المعرفى السلوكى على صعوباتهم أو مشكلاتهم .

التركيز على المشكلة

العلاج المعرفى السلوكى عملية حل للمشكلات ، وتشتمل هذه العملية على توضيح حالة المشكلة الحالية ، وتحديد الهدف المرغوب فيه ، وإيجاد الوسائل المعينة للوصول إلى الهدف . لذا ،يناقش المعالج النفسى والمريض أهداف العلاج النفسى فى بداية العلاج ، بما فى ذلك تحديد نوع التدخلات التى يفترض استخدامها للوصول إلى الأهداف ، وتصور النواتج القابلة للملاحظة التى تشير إلى أن كل هدف قد تم تحقيقه .إن صياغة حالة العلاج المعرفى السلوكى من الممكن أن تيسر هذه الخطوة .

الهدف من التقييم الذى يقوم على الصياغة هو تحديد المعتقدات الرئيسية التى تقف خلف المفاهيم الخطأ، والأفكار الآلية ذات الصلة من أجل التدخل الفعال أثناء العلاج ضمن خلال عملية الحد من المشكلة ،يقوم المعالج النفسى ،والمريض بعد ذلك بتحديد المشكلات التى لها نفس الأسباب ووضعها جميعاً فى مجموعة واحدة . متى تم تحديد المشكلة الرئيسية ،يقوم المعالج النفسى بتجزئتها إلى مشكلات من مكونات من أجل التغلب عليها فى حالة معينة .يقوم المعالج النفسى –بشكل متكرر باستخراج التغذية الراجعة من المريض خلال العلاج لضمان أن جهود حل المشكلات فى الهدف ، مع الأهداف المحددة .

التعرف على الحالات اللاتكيفية

متى تعرف المرضى على مشكلاتهم وأهدافهم من العلاج ، يقوم المعالجون النفسيون بتشجيعهم على الوعى بأفكارهم وعمليات التفكير لديهم .كما أوضحنا فى الفصل الأول،يتم تقسيم المعارف عامة إلى أفكار آلية سالبة ومعتقدات سالبة (أحياناً يطلق عليها أيضاً المعتقدات المختلفة وظيفياً أو اللاعقلانية) . الأفكار الآلية السالبة عبارة عن أفكار أو أخيلة تحدث فى موقف معين عندما يشعر الفرد بأنه مهدد بطريقة أو بأخرى .

وعلى الجانب الأخر ،فإن المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية عبارات عن افتراضات يصنعها الفرد عن العالم ، والمستقبل ، ونفسه هذه المعتقدات الرئيسية العامة تقدم مخططاً يحدد الكيفية التى قد يفسر بها الفرد موقفاً معيناً- كما هو الحال مع الأفكار الآلية ، فإن المعالج النفسى يمكن أن يحدد المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية من خلال عملية الاستجواب الموجه .

تحدى المعارف اللاتكيفية

بمعالجة المعارف اللاتكيفية كفروض ، يأخذ المرضى دور الملاحظين ، العلماء ، أو المستكشفين ، وليس دور الضحية لمشاكلهم . لكى يتم تحدى هذه الأفكار ، يناقش المعالج النفسى والمريض الدليل على ، أو ضد افتراض معين محل خلاف ، وينخرطان معاً فى ما يسميه بيك الحوار السقراطى . يمكن أن يحدث ذلك بطرائق عديدة ، من خلال استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمرضى ، التقييم التجريبى للموقف ، تقييم نواتج الموقف ، وإعطاء المرضى الفرصة لاختبار فروضهم بعرضها على الأنشطة أو المواقف المخيفة أو التى يجب تجنبها .

فى البداية ، يطلب من المرضى فى الغالب توليد بدائل عقلانية لاستجاباتهم اللاعقلانية للموقف المتحدى ، وعندما يكتسب المرضى هذه المهارة ، فإنه يتم تشجيعهم على استخدام مهارتهم قبل وأثناء المواقف الصعبة .

بالإضافة إلى ذلك ، مع وجود الطبيعية الآلية للأفكار السالبة ، فإن إعادة البنية لهذه الأفكار بشكل متكرر ومستمر مطلوب قبل تحدى الأفكار . ومن المقترض أن بمزيد من الممارسة ، يصبح التفكير آلياً وأكثر دقة .

اختبار صحة الأفكار

متى تم التعرف على الأفكار اللاعقلانية ، وتم تحديها ، عندئذ يطلب من المرضى اختبار المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية التى كانوا يعتنقونها فى الماضى ، ومن خلال مواجهة المثيرات (المواقف، الأحاسيس الجسمية ، الأخيلة ، الأنشطة) التى تستثير الانفعالات السالبة (القلق، الخبرة، الإحساس بالذنب)، فإن لدى المرضى الفرصة لإجراء تجارب ميزانية لدراسة صحة افتراضاتهم .

استبدال المعارف اللاتكيفية بأخرى تكيفية واستخراج التغذية الراجعة أحد أصعب الخطوات فى العلاج المعرفى السلوكى هو استبدال المعارف اللاتكيفية بمعارف أخرى تكيفية . ويرجع ذلك إلى ان العادات مثل الأفكار الآلية يمكن أن تقاوم و بشدة التغيير . ليس من أهداف العلاج المعرفى السلوكى إظهار للمريض أن أفكاره سخيفة ، ولا يهدف أيضاً إلى تعليمهم أساليب التفكير الايجابي .بدلاً من ذلك فإن الهدف هو اختبار فروض المريض ، وإذا كانت هذه الفروض غير صادقة ، يعد لها من أجل أن يحصل المريض على منظور واقعى عن العالم

الحقيقى . الاختبارات المباشرة من خلال التجارب السلوكية تقدم التغذية الراجعة الضرورية لاستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى عقلانية .

فئات المعارف اللاتكيفية

من الممكن أن تؤدى المعرف اللاتكيفية إلى تشويه الحقيقة لأنها تؤدى إلى سوء فهم للموقف والمبالغة فيه . فى الفصل الأول ، حددنا نوعين عامين من أنماط التفكير اللاتكيفى :الإفراط فى تقدير الاحتمالية Probability overestimation (الإفراط فى تقدير احتمالية حدث غير سار ، أو غير محتمل أصلاً) ، والتفكير الكوارثى Catastrophic Thinking (توقع حدوث كارثة بسبب حدث غير سار ،على الرغم من أنه ليس بكوارثى).هذان النمطان من أنماط التفكير غالباً ما يؤديان إلى عدد من الأفكار الآلية (Burns,1980) .

هذه القائمة ليست كاملة ،وليس من الضرورى مناقشة كل فئة مع المريض فى العلاج النفسى ، على الرغم من أن البروتوكولات العلاجية السابقة كانت تفعل ذلك . بدلاً من ذلك ، فإن الغرض من هذه القائمة هو تزويد القارئ بأمثلة عن بعض الأفكار اللاتكيفية التى يمكن مواجهتها فى العلاج النفسى .لتوضيح كل خطأ، يتم إعطاء مثال بسيط عن شخص يعانى من قلق التحدث أمام الآخرين .

التفكير الأبيض والأسود

هذه المعرفة اللاتكيفية تقسم الحقيقة إلى فئتين مميزتين . فكل شئ ينظر إليه على أنه إما أسود (سيئ) ،أو أبيض (جيد)، ولا وجود لأى ظل رمادى. على سبيل المثال، إذ لم يكن الأداء الاجتماعي لشخص ما جيد تماماً، فإن هذا الموقف يفسر على أنه فشل ذريع.

الشخصنة

تؤخذ الأحداث السالبة بشكل شخص . على سبيل المثال ، لو أن شخص ما تثاءب ، فإن المتحدث قد يستنتج أن الجميع قد شعروا بالملل. ومع ذلك ، قد يتثاءب المرء لأنه لم يأخذ القسط الكافى من النوم الليلة السابقة .

التركيز على السلبيات

يركز المرء على التفاصيل السالبة ، ويتجاهل الجانب الايجابي للموقف أو الحدث ، وكنتيجة لذلك ، يصبح إدراك الحقيقة سودوى ، مثل قطرة الحبر التى تغير اللون الأبيض

للماء .على سبيل المثال، يركز المتحدث بشكل مبالغ فيه على الشخص الذى يتثاءب فى الاجتماع ، بالإضافة إلى أى مظهر سلبى آخر للموقف والذى يؤكد على الاعتقاد بأن الحضور قد شعروا جميعاً بالملل القاتل.

عدم أهلية الإيجابيات

يتغافل الشخص عن المظاهر الإيجابية للموقف على سبيل المثال، حتى لو بدا كثير من الحضور متشوقين للحديث ، فإن المتحدث لا يزال يركز على الفرد الذى يتثاءب .

الخلوص السريع للاستنتاجات

يستخلص الفرد تفسيراً سلبياً من حدث ما ، على الرغم من عدم وجود دليل قوى يدعم ذلك على سبيل المثال، ربما يتوقع المتحدث أن العرض مصيبة ، ويكون على قناعة بأن هذا التنبؤ حقيقة مؤكدة . يعرف هذا بـ "خطأ العراف Fortune teller error" .

هناك تعبير آخر عن هذا الخطأ يحدث فى حالة عندما يعتقد المتحدث أن رد فعل المستمع نحو المتحدث سوف يكون سلبياً على الرغم من عدم وجود دليل واضح على هذا الاقتراض ،وهذا ما يسمى أيضاً بـ "خطأ قراءة التفكيرMind Reading Error"

توقع السيئ

على نحو مشابه ، فإن توقع الكارثة يحدث عندما يخرج المرء الأشياء عن نطاقها الطبيعى .على سبيل المثال ، ربما يعتقد المتحدث نظراً لسوء أداءه فى العمل ذات مرة أن رئيسه فى العمل سوف يطرده من العمل ، وهذا يعنى أن حياته العملية سوف تنتهى

الإفراط فى التصميم

يرى المتحدث حدثاً سالباً على أنه لا نهائى على سبيل المثال، قد يعتمد المتحدث أن العرض السيئ ، وأن عليه أن يغير مجرى حياته المهنية .

الاستدلال الإنفعالى

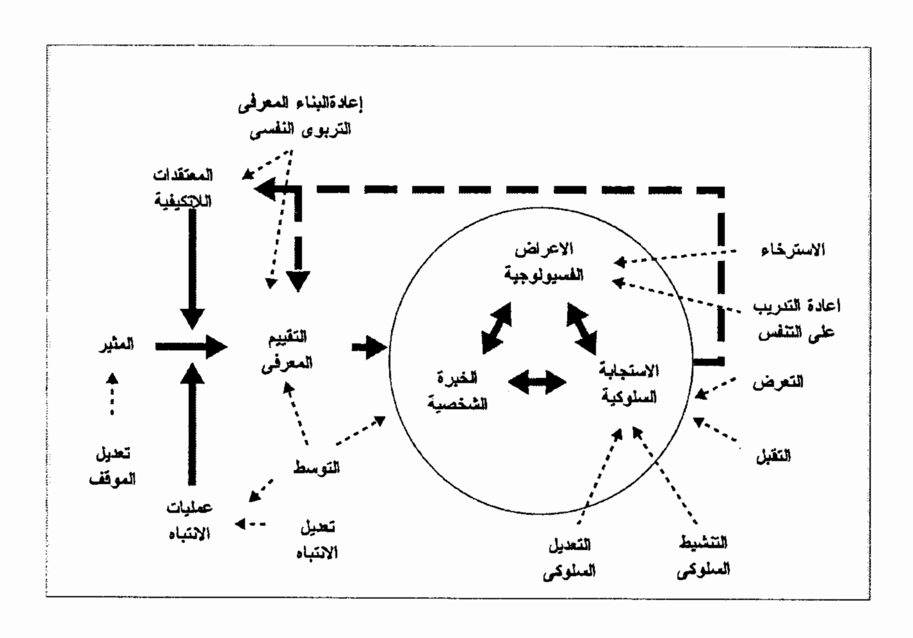
هذا الخطأ هام على وجه الخصوص فى فهم علة استمرار المعارف اللاتكيفية والاضطرابات النفسية ومقاومتها للتغير. يحدث هذا الخطأ عندما يفسر المرء استجابة انفعالية لفكرة ما كدليل على صحة هذه الفكرة وصدقها لذا، إذاً، تسببت فكرة ما (القلق بشأن عدم التوظيف

مثلاً) فى التوتر إذاً ، فإن الشخص الذى ينخرط فى الاستدلال الانفعالي يستخدم التوتر كدليل على أن لديه ما يبرر القلق بشأن خسارته لوظيفته.

هذه الفئات تعمل كواصفات عامة .إن مناقشة هذه الأمثلة مع المريض تساعد على توضيح أن المعارف اللاتكيفية العينية لدى المريض ليست فريدة ،وأن كثيراً من الناس يمرون بها.

الفئات العامة للعلاج المعرفى السلوكى

يستخدم العلاج المعرفى السلوكى استراتيجيات متنوعة لاستهداف المكونات المختلفة لنموذج العلاج المعرفى السلوكى .الشكل (2) يصور ملخصاً لهذه الاستراتجيات العامة ،وهذه الاستراتيجيات تعتمد على مشكلات معينة مستهدفه ، وسوف نفصلها فى الفصول التالية .



الشكل (2) استراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى

تشتمل الاستراتيجيات على تعديل الانتباه ، وتعديل الموقف لتغيير المثيرات المثيرة . إعادة البناء المعرفى أحد الاستراتيجيات الرئيسية تستخدم لتعديل الأفكار أو المخططات

اللاتكيفية . استراتيجيات التوسط –التى تشتمل على توسط الحب – العطف- يمكن أن تكون استراتيجيات لتنظيم الانفعالي مفيدة ، ومن خلالها يمكن المساعدة فى إعادة البناء المعرفى .

أما إجراءات التنشيط السلوكى ، والتعديل السلوكى موجهة يشكل مباشر نحو المكونات السلوكية للاستجابة . الانفعالية .على نحو مشابه ، فإن الاسترخاء، وإعادة التدريب على التنفس يمكن تطبيقها لتعديل الأعراض الجسمية المصاحبة للأمراض النفسية .كما أن الميل للتجنب يمكن أن يلعب دوراً هاماً فى الإبقاء على الاضطراب النفسى ، علاوة على ذلك ، فإن استراتيجيات التقبل والتعرض يمكن أن تستهدف –مباشرة –سلوكيات التجنب الخبراتى ، أو سلوكيات التجنب الصريح ، ولذا تتداخل مع حلقة التغذية الراجعة الموجبة التى تؤدى إلى الإبقاء على الاضطراب .

فى حين أن الشكل (2) يبين تصوراً تخطيطياً لكل هذه الاستراتيجيات ، سوف نقدم وصفاً تفصيلياً لكل هذه الأساليب فيما يلى.

تعديل الموقف والانتباه

يمكن التعامل مع الاستجابة لموقف ما ، أو حدث ما بتعديل الموقف أو الحدث المسئول عن إحداث التوتر . على سبيل المثال ، يمكن تقليل التوتر في العمل ، أو إزالته من خلال إعادة بناء العمل ، أو من خلال التوقف عن العمل تماماً . على نحو مشابه ، فإن المشكلات الزوجية يمكن حلها من خلال تحسين العلاقة ، أو النزوع إلى الطلاق .

من الممكن التركيز على المظاهر الأقل توتراً للحدث أو الموقف ، والتركيز على المظاهر السارة والممتعة ، لذا يتم تغيير الخبرة العامة للحدث أو الموقف .

❖إعادة البناء المعرفي

العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي هو إعادة البناء المعرفي للمخططات . المخططات عبارة عن المعتقدات الرئيسية عن العالم ، والذات ، والمستقبل . هذه المخططات المعرفية تحدد التقييم المعرفي لموقف ما ، أو حدث . على سبيل المثال ، الفتاه التي واجهت العديد من العلاقات البينشخصية غير الثابتة والضارة في الماضي من المحتمل أن تفكر في أن

الشخص الذي التقى بها مؤخراً يقضي معها بعض الوقت وفقط . إن الخبرات المتكررة مثل هذه يمكن أن تعوق العلاقة ، وتؤدي إلى توقع الحدوث بشكل تلقائي .

في العلاج المعرفي السلوكي ، يتم معالجة التقييمات اللاتكيفية على أنها فروض قد تكون صحيحة أو غير صحيحة . ولكي يستكشف المرضى صدق هذه الأفكار ، فإنهم يأخذون دور الملاحظ ، أو العالم ، أو المستكشف ، وليس دور الضحية لهذه الأفكار . ولكي تتم دراسة صدق المعارف اللاتكيفية ، فإنه يتم استخدام مصادر مختلفة للمعلومات .

على سبيل المثال ، ربما يناقش المعالج النفسي والمريض الدليل على ، أو ضد افتراض معين محل خلاف ، وينخرطون فيما يسميه بيك الحوار السقراطي . يحدث هذا من خلال استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمريض ، والتقييم التجريبي للموقف ونتائجه. هناك طريقة أخرى لفحص صدق التفكير ، ويمكن تحقيقها بتشجيع المرضى على الاختبار المباشر لفروضهم من خلال التجارب السلوكية ، مع أساليب التعرض .

كما أوضحنا في الفصل الأول ، فإن أنواع المعارف اللاتكيفية تبين فروقاً جديرة بالاعتبار بين الاضطرابات ويمكن تصنيفها عموماً إلى مفاهيم خطأ ترجع إلى التقدير الخاطئ أو المبالغ فيه للاحتمالية . وهو خطأ معرفي يحدث عندما يبالغ المرء في النواتج السالبة لموقف ما .

المخططات عبارة عن معتقدات شاملة ، تستثير أفكار لا تكيفية معينة . على سبيل المثال ، قد يكون لدى مرضى الاكتئاب المخطط التالي : "ليس لي اي قيمة " ، كلما قد يرى مرضى القلق العلام على أنه مكان خطير . يمكن التعبير عن المخططات أيضاً في شكل المعارف عن المعارف . الحالة وثيقة الصلة بالموضوع هي حالة اضطراب القلق العام . فالأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق العام يشعرون بالقلق المفرط بشأن عدد من الأشياء مثل حياتهم المالية ، والمستقبل ، والصحة .

أما ما وراء المعارف اللاتكيفية ، فقد تكون معتقدات بشأن الوظيفة الممكنة لهذا القلق . على سبيل المثال ، قد يعتقد بعض الناس أن القلق بشأن موقف غير مرغوب فيه يقلل من احتمالية وقوع هذا الموقف أو حدوثه في المستقبل . يمكن تسليم ما وراء المعارف هذه إلى الطريقة التي نتعامل بها مع القلق ونماذج التفكير اللاتكيفي الأخرى .

من الاستراتيجيات الفعالة للتعرف على المخططات اللاتكيفية أسلوب السهم النازل downward arrow technique (Greenberger & padasky,1995) : يبدأ هذا النموذج بالتعرف على التفكير الآلي .

ومع ذلك ، بدلاً من مناقشة هذا التفكير أو هذه الفكرة ، يتم تشجيع المريض على تعميق مستوى التأثير لديه ، واستكشاف هذا التفكير بأمثلة مثل : " ماذا يعني لو أن هذا التفكير صحيح ؟" ، وهذا بدوره سوف يؤدي إلى ظهور افتراض شرطي _ مستوى من المعرفة يأخذ شكل "لو... إذا" . هذه "القواعد" تحدد الظروف والنتيجة الانفعالية المختلة وظيفياً .

بوجه عام فإن هذه القواعد لها وجود على الأقل عند المستوى الأدنى من الوعي ، بحيث نادراً ما يكون المريض قادراً على التفكير فيها . في هذه الحالات ، يقوم المعالج النفسي بالكشف عن نوع القاعدة الانفعالية التي تبدو أنها تحدث مرة أخرى في صعوبات المريض ومشاكله .

قد تشترك بعض المواقف في نفس المظاهر ، وتسبب استجابات انفعالية مشابهة ؛ وهذا يعني في الغالب أن القواعد المتشابهة تعمل عبر هذه المواقف . من الممكن أن يقوم المعالج النفسي في البادية بذكر القاعدة ، ثم يكون هناك جهد تشاركي لتعديل كلمات الافتراض الشرطي .

وفي أوقات أخرى ، قد يكون المرضى على وعي بمعتقداتهم الشرطية ، وسوف تكون لديهم القدرة على ذكر القاعدة التي تبدو على أنها تحكم استجابات الانفعالية والسلوكية للمواقف .

بالمقارنة مع القواعد الشرطية ، فإن المعتقدات الرئيسية تمثل وجهات نظر متطرفة — من جانب واحد عن الذات ، وعن الآخرين ، وعن العالم . فالمعتقدات الرئيسية — كما هو مفترض — عبارة عن وجهات نظر متطرفة — تكونت نتيجة للخبرات السابقة . أما عن محتواها ، فيتباين لدى كل فرد ، ولكن من الأهمية بمكان التأكيد على أن المعتقدات الرئيسية طرائق لفهم العالم ، وهي معتقدات عقلانية في الظروف التي نشأت فيها .

الشئ الأكثر أهمية في التعرف على المعتقدات الرئيسية يتمثل في شرح هذه المفاهيم في العلاج النفسي . يشجع المعالج النفسي المرضى على رؤية أفكارهم الآلية على أنها ثمرات شئ ما يؤثر بعمق في تفسيراتهم للأحداث مع الوقت . كما ينبغي تقديم الأساس المنطقي

(التعليم السابق) حيث انه هام للمريض من أجل أن يفهم أن معتقداته الرئيسية السالبة ليست عشوائية ، أو عرضية ، ولكنها نتائج خبرات سابقة يمكن فهمها .

المعتقدات الرئيسية غالباً ما تأخذ شكل عبارات مثل: "أنا فاشل" ، "أنا شخص غير مرغوب فيه" ، "أنا في خطر دائم" .عادة ما يمر المرضى بمشاعر جديرة بالاعتبار عن تعرضهم لمعتقداتهم الرئيسية ، وتذرف أعنيهم ، وينتابهم الحزن ، والقلق . وهذه عادةً علامة على أن نوع بارز من التجهيز قد حدث . يمكن تطبيق العديد من الأساليب المستخدمة لتغيير الأفكار الآلية (مثل : دراسة أو فحص الاضطرابات ، جمع الأدلة) على مستويات أعمق من المعرفة ، على الرغم من أن تغيير المعتقدات سوف يستغرق وقتاً أطول ويحتاج إلى جهد أكبر من تغيير التفكير الآلي السلبي .

بالإضافة إلى هذه الأساليب ،هناك ثلاث عمليات أخرى تساعد في تغيير المعتقدات الرئيسية . أولاً : لابد أن يكون لدى المرضى قصة تتعلق بنمو هذه المعتقدات . ثانياً ، يحتاج المرضى رؤية هذه الخبرات بموضوعية ، وبشكل منظومي ، ويعترفون بأنهم تعلموا شيئاً ما سلبياً ، ومدمر بشكل كبير . ثالثاً ، من الأهمية بمكانة احياء الأمل بأن أنواع المعتقدات هذه يمكن " إعادة تعلمها " بمساعدة من الاستراتيجيات التي يتم تعلمها في العلاج النفسي .

متى أعترف المرضى بالحاجة لتغيير المعتقدات الرئيسية ، يمكن عندئذ تشجيعهم على إبداع معتقدات رئيسية بديلة ، كما فعلوا ذلك بالنسبة للأفكار الآلية البديلة والافتراضات الشرطية . متى تم التعرف على وتحديد المعتقدات البديلة ، يتم عندئذ تشجيع المريض على جمع الأدلة عن المعتقدات الرئيسية القديمة ، والمعتقدات الرئيسية البديلة الأكثر تكيفاً .

وهذا بدوره يشجع المريض على رؤية الخبرات اللاحقة من خلال فلتر (مرشّح) جديد ويقيم هذين النوعين من المعتقدات ليتعرف على أيهما يناسب حالته الراهنة .

الجلسات التي تركز على المعارف العميقة أقل بنية من الجلسات السابقة ، لأنها –من ناحية- تغطي مجالات أكثر للحياة ، وليس لها تسجيل للأفكار كموضوع واحد . قد تشتمل المناقشات على التأمل في أحداث الحياة السابقة ، مع التركيز على صرامة افتراضات شرطية معينة ، واستكشاف معتقدات رئيسية ، ولكن تسير بشكل سلس بين هذه النقاط . وفي الوقت نفسه ، يحتاج المعالجون النفسيون إلى الانتباه إلى الفرص التي تتعلق بتطبيق العديد

من التدريبات مثل السهم النازل ، سجل الأحداث الموجبة ، وصفحات عملية للمعتقدات الرئيسية (Beck,1979) .

التأمل

العلاج النفسي القائم على التأمل Mindfulness – based therapy– مثل العلاج المعرفي السلوكي القائم على التأمل (Segal ,et al ,2002) ، وتقليل الضغوط القائم على التأمل (Zabat – zinn,1994) - جميعها أصبحت أشكالاً شائعة من أشكال العلاج في العلاج النفسي المعاصر (baer,2003, hayes,2004, hofman,2010).

التأمل - mindfulness – كما يستخدم في الأدبيات المعاصرة – يشير إلى حالة عقلية تتسم بالوعي اللاحكمي بخبرات اللحظة الحالية ، بما في ذلك أحاسيس المرء ، وأفكاره ، وحالاته الجسمية ، ووعيه ، وبيئته ، وتشجع على الانفتاحية ، وحب الاستطلاع ، والتقبل (bishop et al,2004, kabat-zinn,2003, Melbourne,2006) .

يميز بيشوب ورفاقه Bishop et al (2004) بين مكونين من مكونات التأمل : ينطوي أحدهما على التنظيم الذاتي للانتباه ، وينطوي الآخر على التوجه نحو اللحظة الحالية التي تتسم بحب الاستطلاع ، والانفتاحية ، والتقبل .

تشير الأدبيات الحديثة إلى أن العلاج النفسي القائم على التأمل تدخل فعال ومفيد في التقليل من الحالات النفسية السالبة ، مثل الضغوط ، القلق ، والاكتئاب (Hofman,2002) . هذا الاستعراض للأدبيات حدد 39 دراسة أجريت على 1.140 مفحوصاً تلقوا العلاج النفسي القائم على التأمل لمدى واسع من الحالات ، اشتملت على السرطان ، اضطراب القلق العام ، الاكتئاب ، وحالات نفسية وطبية أخرى . تشير تقديرات حجم التأثير أن العلاج القائم على التأمل تصحبه تأثيرات قوية لتحسين أعراض القلق والمزاج لدى مرضى اضطرابات القلق والمزاج .

بالإضافة إلى ذلك ، كان حجم التأثير قوياً وغير مرتبط بعدد جلسات العلاج ، أو سنة النشر . تشير هذه النتائج إلى أن العلاج القائم على التأمل تدخل واعد في علاج مشكلات القلق والمزاج لدى المرضى . كما أن هناك شكل آخر من أشكال ممارسة

التأمل له قيمة عالية كأداة للعلاج النفسي ألا وهو التأمل بالحب– والعطف loving–kindness meditation .

في ممارسة التأمل هذه ، يعقد الأفراد النية للمرور بخبرة الانفعالات الموجبة أثناء التأمل نفسه ، وأيضاً في حياتهم كلها ، ويتمثل الهدف من ذلك في التعلم عن طبيعة عقل الفرد وتفكيره ، والاستغناء عن الافتراضات الخطأ التي تتعلق بمصادر سعادة الفرد (Dalai lama & Culter , 1998) . هذه الخبرات بدورها يمكن أن تحوّل وجهة النظر الرئيسية للمرء عن نفسه في علاقته بالآخرين ، وتزيد من التعاطف العام . هذا الأسلوب الخاص من التأمل مفيد تحديداً في علاج الغضب ، العدوان ، والصراع البينشخصي .

التقبل

أساليب التقبل استراتيجيات هامة لتقَبل والخضوع للعلاج النفسي ؛ وهي شكل جديد من أشكال العلاج النفسي ترجع جذورها إلى التحليل السلوكي (hayes,2004) على الرغم من أن التقبل والخضوع للعلاج النفسي acceptance and commitment therapy معاكس للنموذج المعرفي ، إلا أن استراتيجيات التقبل متناغمة مع العلاج المعرفي السلوكي (Hoffman &Asmund son,2008) .

الأهداف العامة للتقبل والخضوع للعلاج النفسي تتمثل في تعزيز تقبل الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها ، واستثارة النزعة للسلوك والتي تسهم في تحسين الظروف المعيشية. بشكل أكثر تحديداً ، فإن الهدف من التقبل والخضوع للعلاج النفسي هو تثبيط التجنب الخبراتي Experiential avoidance ، والذي يعني عدم الرغبة في اختبار ، أو المرور بخبرة المشاعر السالبة ، الأحاسيس الجسمية السالبة ، والأفكار السالبة . يمكن اعتبار استراتيجيات التقبل أساليب تُستخدم لتُضاد استراتيجيات التنظيم الانفعالي الذي يقوم على الاستجابة اللاتكيفية ، مثل الكبت SUPPRESSION .

يشجع المعالج النفسي المرضى على احتضان الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها – مثل القلق ، الألم ، والإحساس بالذنب – كبدائل للتجنب الخبراتي . والهدف من ذلك هو وضع نهاية للكفاح مع الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها بدون محاولة تغييرها أو إزالتها .

إعادة التدريب على التنفس

ارتبط فرط التنفس hyperventilation بعدد من الاضطرابات النفسية . على سبيل المثال ، في عام 1929، اُستخدم فرط التنفس لتفسير متلازمة داكوستا Dacosta,s ، أو "متلازمة القلب سريع التهيج irritable heart syndrome" الذي أضعف الجنود في الحرب الأهلية الأمريكية .

على نحو مشابه ، فإن فرط التنفس اُفترض أنه يفسر "الوهن في الدورة العصبية "Neuro Circulatory Asthenia . أو " متلازمة الجهد "effort syndrome" في عام Roth 1938) et al,2005) . منذ ذلك الوقت ، أصبحت تدريبات التنفس مكونات شائعة للعديد من التدخلات النفسية ؛ خصوصاً في علاج اضطرابات القلق مثل اضطراب الهلع panic disorder .

التعديل السلوكي

كما هو واضح من الشكل (2) فإن المشاعر الشخصية ، السلوكيات ، والأعراض الجسمية تؤثر في بعضها البعض بشكل ثنائي الاتجاه . على سبيل المثال ، تؤثر الخبرة الشخصية في التنشيط الجسمي ، والسلوكيات ، وأيضاً فإن التنشيط الجسمي والسلوكيات تؤثر في الخبرة الشخصية . لذا ، فإن تغيرات في التنشيط الجسمي والخبرة الشخصية .

إن تعديل السلوك هو قلب علم النفس ، وهذا هو السبب الذى جعل العديد من علماء النفس يطلقون على أنفسهم علماء النفس السلوكيين . على عكس الخبرة الشخصية ، والأعراض الجسمية ، من السهل نسبياً التحكم في السلوك مباشرةً . بالإضافة إلى ذلك ، فإن سبل الاضطرابات النفسية التي يذكرها هذا الكتاب تتأثر – بشكل دال – بالسلوكيات اللاتكيفية المصاحبة لها ، كما أن تعزيز السلوكيات التكيفية ، وتثبيط السلوكيات اللاتكيفية له تأثير مباشر ودال على المشكلة .

إن تأثير السلوك على التنشيط الجسمي واضح ، في حين تأثير السلوك على الخبرة الشخصية قليل ، كما أن الأدلة عليه قليلة أيضاً . ومع ذلك، هناك على سبيل المثال طريقة قوية لتغيير الاكتئاب ، وهي التنشيط السلوكي Behavioral activation – بمعنى آخر ، إن إعطاء تعليمات لمريض الاكتئاب أن يكون نشطاً ، وأن ينخرط في أنشطة

أو تدريبات سارة ، وأن يقاوم الميل للبقاء في السرير ، وعزل نفسه طريقة قوية لمقاومة الاكتئاب من خلال وقف الدورة الفاسدة بين عدم التنشيط (الكسل) السلوكي ، والأعراض الشخصية ، والفسيولوجية للاكتئاب .

على نحو مشابه ، يمكن معالجة مشكلات نفسية أخرى – بفعالية – من خلال التصرف كما لو لم يكن للمشكلة النفسية وجود أصلاً .

الاسترخاء

لقد كانت استراتيجيات الاسترخاء هي التدخل الشائع لمدى واسع من المشكلات النفسية ، بما في ذلك القلق ، والاضطرابات المرتبطة بالضغوط . ومع ذلك ، أظهرت الدراسات التجريبية جيدة التصميم ، ونتائج المعالجة أن العلاج النفسي بالاسترخاء ليس إستراتيجية فعالة لعلاج الاضطرابات النفسية مع بعض الاستثناءات (اضطرابات النوم، واضطرابات القلق العام) .

العلاج النفسي بالاسترخاء قد يكون مضاد للعلاج النفسي وذلك لبعض الاضطرابات النفسية . على سبيل المثال ، مرضى اضطراب الهلع من المحتمل أن ينمّو نوبات هلع نتيجة لممارسة الاسترخاء لأن بعض المرضى يركزون على أعراضهم الجسمية ، وهذا يمكن أن يستثير – عن غير قصد – نوبات . هذه النوبات الهلعية التي تستميل الاسترخاء يمكن استخدامها في العلاج كإجراء تحدي إذا ما تم تطوير استراتيجيات أخرى لمواجهة والتحكم في الأعراض الجسمية بطريقة أكثر تكيفية . ومع ذلك ، بدون هذه الاستراتيجيات ، فإن الاسترخاء كإستراتيجية تدخل وحيدة تأتي بنتائج معاكسة ، وتصبح غير فعالة لمشكلات أخرى عديدة . قد يبدو هذا مثيراً للدهشة خاصة مع علمنا بفعالية إعادة التدريب على التنفس لاضطراب الهلع ، والذي يشتمل على عنصر الاسترخاء . الفرق الحاسم هو عنصر إعادة التدريب على التنفس ، وهو عنصر غير موجود في الأساليب البسيطة للاسترخاء ، والذي ربما يشجع المرأة على التركيز على الصورة السارة ، وعلى شد واسترخاء العضلات .

تجدر الإشارة إلى أنه أي علاجات معقولة تم تطويرها بغرض إفادة المريض من المحتمل أنها تفيد عدد قليل من المرضى ، ويرجع ذلك إلى تأثير إرضاء المريض . بمعنى آخر ، يتحسن بعض المرضى فقط لأنهم يتلقون تدخلاً يعتقدون أنه يفيدهم . بعض التجارب العيادية – مثلها في ذلك من تجارب الأدوية التي تستخدم في الغالب أقراص السكر كحالة ضابطة

لإرضاء المريض – التي تفحص فعالية العلاج النفسي ، تستخدم استراتيجيات الاسترخاء كحالة ضابط ينتج عنها تأثيرات قوية . (Smitry& Hofman,2009) .

التعرّض

في علاج اضطرابات الخوف والقلق ، فإن التعرض هو المكون الضروري . إذ لم يكن المكون الأكثر أهمية في العلاج المعرفي السلوكي ، إلا أن الميكانيزم الدقيق الذي يعمل من خلاله التعرض يبقى غير معروف . يشير التعرض إلى التعرض المستمر ، والمتكرر للمثيرات المخيفة ، أو التي تم تجنبها في الماضي في وجود كل أساليب استراتيجيات التجنب (إشارات وسلوك الأمان) . من المحتمل أن تحدث هذه التغيرات إذا كانت إلماعات الخوف الداخلية والسياقات الهامة الأخرى منتجة بشكل منظومي ، وإذا كانت نتيجة الموقف الاجتماعي إيجابية بشكل غير متوقع ، لأنها تجبر الفرد على إعادة تقييم التهديد الحقيقي للموقف .

هذه العملية تشترك في العديد من المتشابهات مع تعلم التمييز لدى الحيوانات ،والإنسان ، ويُنظر إليها على أنها المسئولة – بشكل أساسي – عن العلاج النفسي بالتعّرض منذ بداية الدراسات التجريبية في علم النفس ، إلى المجال المعاصر لعلم الأعصاب (Watson & Rayner,1920, Myers& Davis,2002) .

تفترض نظريات التعلم المعاصر للانطفاء أن الاشتراط يحدث عندما يكّون المشاركون تمثيلات للإلماعات ذات الصلة (المثيرات الشرطية ، والمثيرات غير الشرطية) ، والسياقات الموقفية ، وعندما يكتسبون معلومات عن الارتباط بين هذه الإلماعات والمواقف (Myers& Davis,2002) . هذه الارتباطات من الممكن أن تكون مثيرة (تنشيط تمثيل معين ، ينشط تمثيلاً آخر) ، أو كابحة (تنشط تمثيل معين يكبح تنشيط تمثيل آخر) .

إن اكتساب الاستراتيجيات الشرطية يفسره تكوين الارتباط المثير بين التمثيلات الخاصة بالمثيرات الشرطية ، والمثيرات غير الشرطية . يتم تنشيط تمثيل المثير غير الشرطي بشكل غير مباشر من خلال ارتباطه بتمثيل المثير الشرطي ، الذي بدوره يستثير الاستجابة الشرطية . يُفترض أن الانطفاء يتقدم خلال ميكانزمات متعددة والتي تشتمل أيضاً على تعلم جديد يكبح الارتباط المثير بين المثير الشرطي والمثير غير الشرطي .

يقوم المشارك – كجزء من هذا الشكل الجديد من التعلم – بتغيير احتمالية المثير الشرطي والمثير غير الشرطي بالطريقة التي لم يعد المثير الشرطي فيها يسجّل أي حدث بغيض ومن

خلاله يكبح التعبير عن استجابة الخوف (Myerts& Davis,2002) التعرض لدى البشر مفيد على الأقل للأسباب الآتية :

- التعرض يسمح بالتعرف على واختبار المعارف اللاتكيفية ، واختبار دقتها.

- التعرض يغيّر من الخبرة الانفعالية : التعرض المتكرر والمطّول أثناء مقاومة الحاجة الملّحة للانخراط في أي سلوكيات تعّدل من الخبرة سوف ينتج عنه تقليل للانفعال غير السار .

- التعرض يعزز من الشعور بالتحكم : نقص التحكم يؤدي إلى التوتر . وعلى النقيض ، فإن التعرض يعطي الفرد فرصة التحكم في الموقف وفي الاستجابة الانفعالية له . عندما يبدأ الفرد فى تعلم طرق جديدة لمجابهة الموقف أو الحدث وما يصاحبه من انفعال ، فإن الشعور بالتحكم في الانفعال والمثيرات سوف تزداد أيضاً . هناك مصطلح يرتبط بالتحكم الذاتي Self - Control ، وهو فعالية الذات Self - Efficacy والذي يعني شعور الفرد بالكفاءة في التحكم في الموقف وإتقانه (Bandura,1977) .

مراقبة تغيرات العلاج

من الأهمية بمكان – من اجل تتبع تقدم المريض أثناء فترة العلاج – مراقبة الأعراض التي استهدفها العلاج بالأساس . فمن المستحيل تقديم قائمة شاملة بأدوات التقييم للمشكلات النفسية المختلفة التي نناقشها في هذا الكتاب ، لذا ، فإن التوصية بأدوات معينة اعتباطي ومحدود . الجدول (1) يبين بعض أدوات التقييم المستخدمة في الممارسة العيادية .

جدول (1) المقاييس المُتاحة لتتبع تقدم العلاج

الاضطراب	اسم المقياس	المؤلفون	الوصف
اضطراب الهلع PANIC DISORDER	مقياس حدة اضطراب الهلع PANIC DISORDER SEVERITY SCALE.	SHEAR ET AL,1997	هذا المقياس – الذي يتكون من سبع مقررات، ويطبق في العيادة – يقيس تكرار نوبات الهلع، وحدة الخوف المتوقع من القلق، وتجنب مواقف الفوبيا المرضية من الأماكن الفارغة، والخوف من، وتجنب الأحاسيس المرتبطة بالهلع، والاضطرابات في العمل والأداء الإجتماعي. من السهل تعديل المقياس إلى مقياس للتقدير الذاتي .
فوبيا الأماكن الشاغرة AGORAPHOBIA	قائمة القابلية للتحرك MOBILITY INVENTORY	CHAMBLESS , ET AL,1985	يتكون هذا المقياس من 26 عبارة، ويُطلب فيه من المفحوصين تقدير مواقف مختلفة يتجنبها الناس الذين يعانون من فوبيا الأماكن الشاغرة . يتم تقدير كل عبارة مرتين : مرة لقياس التجنب عند مصاحبته ، والمرة الثانية عندما يكون وحده .
اضطراب القلق الاجتماعي SOCIAL ANXIETY DISORDER	قائمة القلق الإجتماعي للبيويتز LIBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE	LIEBOWITZ 1987	يتكون هذا المقياس من 24 عبارة، ويُطلب فيه من المفحوصين تقدير الخوف والتجنب للمواقف الإجتماعية المختلفة . المقياس الاصلي يعتبر

			تقدير عيادي ، كما يمكن استخدامه كمقياس للتقرير الذاتي (BAKER ET AL , 2002).
الفوبيا PHOBIAS	قائمة الخوف الجدول الثالث FEAR SURVEY SCHEDULE – III	WOLPE&$ LANG,1964	تتكون القائمة من 72 عبارة ، وتقيس الخوف من عدد من الأشياء والمواقف . البدائل لهذه القائمة البديلة عدد من مقاييس التقرير الذاتي لقياس مخاوف مرضيه معينه (ANTONY, ET AL,2001).
اضطراب الوسواس القهري OBSSESSIVE – COMPULSIVE DISORDER	قائمة الوسواس القهري لمودسيلي MOUDSLEY OBSSESSIONAL COMPULSIVE INVENTORY	HODGSON & RACHMON 1977	تتكون القائمة من 30 عبارة ، وتقيس الطقوس المألوفة . تشمل القائمة على درجة كليه ، ومقاييس فرعية للمراجعة ، التنظيف ، التباطؤ ، والشك .
اضطراب القلق العام generalized anxiety disorder	إستبانه القلق كحالة لبين penn state worry questionnaire	Meyer et al,1990	تتكون هذه الاستبانه من 16 مفردة ، تقيس الميل العام للقلق بإفراط
الاكتئاب احادي القطب unipolar depression	قائمة الاكتئاب لبيك Beck Depression Inventory	Beck et al,1979	قائمة تقرير ذاتي تتكون من 21 مفردة ، تقيس حدة أعراض الاكتئاب . هناك نسخة معدّله متوفرة في الأسواق للشراء
مشكلات الكحول alcohol problems	رزنامة متابعة الخط الزمني timeline follow back	Breslin et al,2001	يطلب من المفحوصين في هذه الروزمانة ان يشيروا إلى مقدار الكحل الذي يستهلكونه كل يوم اثناء

	calendar		فتره زمنية معينه . كما يمكن استخدامها لمراقبة استهلاك المريض للكحول أثناء العلاج .
ضعف الانتصاب erectile dysfunction	المؤشر الدولي لوظيفة الانتصاب international index of erectile functions	Rosen et al,1997	عبارة عن استبانه تتكون من 15 عبارة تقيس كفاءة الانتصاب .
الألم المزمن chronic pain	مقياس التهويل من الألم pain catastrophizing scale	Thom 2004	عبارة عن أداه تتكون من 13 مفردة تقيس المعتقدات الكوارثيه المرتبطة بالمرور بخبرة الألم المزمن .
الأرق insomnia	سجل النوم sleep log	Edinger & carney 2008	يشتمل السجل على 11 سؤالاً عن صحة النوم ، وقت النوم ، القيلوله ، وقت الاستيقاظ ، وجودة النوم .

بالإضافة إلى هذه الأدوات ، نوصي بأن يقوم الطبيب أو المعالج بعمل عريضة مراقبة لكل مريض يسجل عليها لمشكلات معينة ، وسلوكيات معينة ، أو أعراض معينة ، أو أعراض معينة بشكل منتظم . عملية المراقبة والتقدم فيها تقدم تغذية راجعة هامة للمعالج النفسي، ولكن لا ينبغي أن تكون مرهقة ، ومستهلكة للوقت . لو تجاوزت المراهقة 15 دقيقة في اليوم ، فمن المحتمل نتيجة لهذا العبء ألا يستمر المريض في العلاج ، أو قد يضر إلى استكمال استمارة المراقبة والاستبيانات بطريقة سريعة ولا يمكن التعويل عليها.

الفصل الثالث

مواجهة المخاوف المرضية (الفوبيا)

الخوف المرضي من العنكبوت عند ستيوارت

ستيوارت شاب يبلغ من العمر 25 عاماً ، وهو خريج أحد الجامعات الخاصة في الشرق الشمالي ، وهو خاطب لإحدى زميلاته وتدعى آليس . صحة ستيوارت في الإطار العام جيدة ، ولا يعاني من أمراض مزمنة خطيرة ، ماعدا مستوى غير مفرط من ضغط الدم ، ومستويات مرتفعة نوعاً ما من الكوليسترول . على الرغم من أن ستيوارت لا يقوم بأي تدريبات رياضية ، إلا أن وزنه عند المدى الطبيعي لطوله ، كما أنه لا يتناول أي أدوية . المشكلة الصحية الوحيدة عند ستيوارت تتمثل في خوفه من العنكبوت . فكلما تذكر العناكب شعر بخوف شديد ، بل يتجنب الذهاب إلى الأماكن التي يتوقع أن يرى فيها العناكب ، خصوصاً الأدوار السفلى ، والأماكن الواقعة تحت سطح المنزل مباشرة ، وحظائر الماشية أو مخازن الحبوب ، وأماكن خارجية معينة ، خصوصاً المناطق الخشبية ، كما أنه لا يشعر بالراحة عند رؤية صورة العنكبوت ، ولا العنكبوت الدومية ، أو مسلسل تليفزيوني به عنكبوت . حتى يضمن ستيوارت ألا يوجد عنكبوت في غرفة نومه ، يقوم بكنسها وغلقها كل ليلة قبل النوم ، بالإضافة إلى ذلك يترك الغرفة مضاءة ، لأنه يفترض أن العناكب تتجنب الضوء ، أو يقوم بغلق النوافذ ، والأبواب ليلاً . يتمثل خوفه من أن العنكبوت سوف يزحف إليه ، ويقفز فوقه ، ويعضه . أعلن ستيوارت أن العنكبوت لدغه وهو في رحلة معسكر مع والديه عندما كان في العاشرة من عمره . يدرك ستيوارت أن خوفه من العناكب مفرط ، وأن هذا ينغّص عليه حياته . تحاورت خطيبته آليس معه بهذا الشأن ، وكانت ترجوه أن يفعل شيئاً بخصوص هذا الموضوع ، والذي أصبح حاداً ، بل ويضع العراقيل أمام استمرار علاقتهما .

تعريف الاضطراب

يتسم الخوف المرضي (الفوبيا) بالخوف المفرط الذي يمر به المريض نتيجة للخوف من أشياء أو مواقف معينة . ستيوارت على سبيل المثال لديه خوف مفرط من العناكب . التعرض للعناكب ينتج عنه استجابة خوف فورية يرى ستيوارت أنها مبالغ فيها ، بل تتعدى ما هو

منطقي ومعقول . بالإضافة إلى الخوف ، فإن ستيوارت يمر بخبرة شعور قوي بالاشمئزاز يدفعه إلى تجنب العناكب.

ربما يصيب الآخرين هم تعليق بالذعر ، المرور بخبرة إشارة القلق ، فقدان التحكم ، أو الإغماء عند مواجهة الموقف أو الحدث المثير للمخاوف المرضية (الفوبيا) . لذا ، فمن الطبيعي بالنسبة للأفراد ذوي المخاوف المرضية أن يعلنوا عن نوبات هلع عند مجابهتهم المثير المسبب للهلع . الإغماء هو الهم الشائع بين الأفراد ذوي المخاوف المرضية من الدم أو الحقن . نتيجة لهذا الخوف من العناكب ، يتجنب ستيوارت الأماكن التي يتوقع أن يجد فيها العناكب ، مثل الأدوار السفلى ، ومخازن الحبوب ، والمناطق الخشبية وأماكن معينة خارج المنزل . خوفه من العناكب جعله متوتراً ، كما أن هذا الخوف يتدخل مع أداءه الطبيعي .

الدليل الإحصائي يميز بين خمس أنواع من المخاوف المرضية : نوع الحيوانات (الخوف من الكلاب ، والعناكب ، والثعابين) ، نوع البيئة الطبيعية (الخوف من المرتفعات ، العواصف ، والخوف من القرب من الماء) نوع الخوف من الدم والحقن (الخوف من الحقن ، رؤية الدم ، إجراء عملية جراحية) النوع الموقفي (الخوف من ركوب الطائرة ، الخوف من الأماكن المغلقة ، الخوف من ركوب السيارة) ، وأنواع أخرى (الشخصيات المألوفة مثل المهرج ، القئ) .

يمكن وصف الفوبيا التي لدى ستيوارت بأنها من نوع الحيوانات ، ولقد بدأ ستيوارت يشعر بهذا الخوف المرضي منذ كان طفلاً . المخاوف المرضية هي الشكل المعتاد لاضطراب القلق لدى الناس ، ومعدل انتشارها خلال فترة الحياة يمثل 12.5٪ (Kessler et al,2005) ، وإذا لم يتم علاجها ، فإنها تصبح مزمنة . هناك أنواع من المخاوف المرضية أكثر شيوعاً لدى النساء عنه لدى الرجال ، وقد يرجع ذلك إلى أن الرجال قد لا يعلنون عن المخاوف لديهم .

ولقد تبين من خلال الدراسات وجود فروق راجعة للجنسية قليلة (الفروق بين الجنسين) فيما يخص الخوف من الأماكن المرتفعة ، ركوب الطائرة ، والخوف من الدم والحقن (Stinson et al.2007) . علاوة على ذلك ، تبين أن هناك مخاوف مرضية أقل شيوعاً لدى الآسيويين ، والأوربيين عنه لدى الكبار البيض ، إلا أن الأسباب التي تقف خلف ذلك غير معروفة (Stinson et al,2007) . يشير بعض الباحثين إلى أن البشر لديهم استعداد لاكتساب المخاوف من الأشياء والمواقف التي تتعلق بحياة أو بقاء الفصائل من منظور

تطّوري ، مثل ،الثعابين والعناكب السامة ، أكثر من الأشياء الخطيرة مثل السيارات (Selgman ,1971) .

ما يؤيد هذه الفكرة - على سبيل المثال – تجربة تبين أن قردة الريصص كانت تخاف من مثيرات ذات صلة من الناحية البيولوجية (ثعبان دومية) ، ولكن ليس من المثيرات التي لها صلة من الناحية البيولوجية (الزهور) بعد مشاهدة مجموعة من القردة وهي تستجيب بخوف من هذين النوعين من المثيرات (Cook&Mineka,1989) .

ومع ذلك تشير بعض الدراسات الأخرى إلى أن المثيرات المرتبطة من الناحية البيولوجية قد لا يكون تأثيرها كبير على الشعور بالراحة (Koerner et al.,2010) .

غالباً ما يرتبط نمو المخاوف المرضية بنظرية نمو الخوف لدى المرحلتين لمورر (1939) . وفقاً لهذا النموذج ، فإن المخاوف المرضية تنمو عندما يصبح المثير الذي كان محايداً من قبل (مثلاً : كلب) مرتبط بمثير بغيض (الألم بعض العض من كلب) من خلال عملية الاشتراك الكلاسيكي .

هذا الارتباط يبقى بعد ذلك من خلال تجنب المثير المخيف (الكلب) . ومع ذلك ، على الرغم من بساطة نظرية مورر ، إلا أنها لا تستطيع أن تفسر كل –أو حتى معظم- حالات المخاوف المرضية لدى بني البشر (Field,2006) .

على نحو مشابه ، أوضح راتشمانRachman (1991) أن الاشتراط الكلاسيكي ليس تفسيراً كافياً لنمو المخاوف المرضية لأن كثيراً من الأفراد الذين يعانون من هذه المشكلات لا يستطيعون استدعاء حدث شرطي معين أدى إلى استهلال هذا الخوف ، وعلى العكس ، فإن كثيراً من الأفراد الذين مروا بخبرة الإصابات الجرحية لا تظهر عليهم علامات المخاوف المرضية .

بدلاً من ذلك، افترض راتشمان أن المخاوف المرضية يمكن اكتسابها من خلال مسار المعلومات (بالتعلم عن خطورة الكلاب مثلاً) والتعلم البديلي (من خلال رؤية الأم وهي تخاف من الكلاب).

هذا التفسير يتفق مع الدراسات التي أجريت على الحيوان (Cook& Mineka,1989) .

بالإضافة إلى هذه المسارات التعليمية ، من الممكن أن مخاوف أخرى جزء الذخيرة الوراثية ، ويتم اكتساب المخاوف المرضية من خلال مسارات غير مرتبطة (Poulton

(Davey,2002,Mineka ومع ذلك فإن هذا محل جدل حالي ، &Menzie,2002 A)
.& Ohman,2002 ,Poulton&Menzie,2002)

وعلى سبيل المثال ، افتراض المسار غير المرتبط لا يراعي الدور الهام للإلماعات الاستيطانية (مثلاً : الأعراض الجسمية) في الأحداث الشرطية ، ويعتمد بشكل كبير على التفسيرات التي تقوم على الارتقاء (Darey,2002) .

نموذج العلاج

في ضوء مراجعة الأدبيات التي تخص الحيوان والإنسان ، يمكن الخلوص إلى أن العمليات المعرفية مظاهر ضرورية في اكتساب انطفاء الخوف والمخاوف المرضية (Hofman,2008) . بشكل أكثر تحديداً ، من الواضح أن العمليتين المعرفيتين ذات الترتيب الأعلى هامتين في اكتساب المخاوف : توقع الضرر Harm Expectancy ، وإدراك التنبؤية والتحكمية Perceptions Of Predictability And Controllability . فيما يبدو أن هذه العمليات المعرفية تلعب دوراً هاماً في كل أشكال تعلم الخوف ، حتى الاشتراط البافلوفي الأساسي .

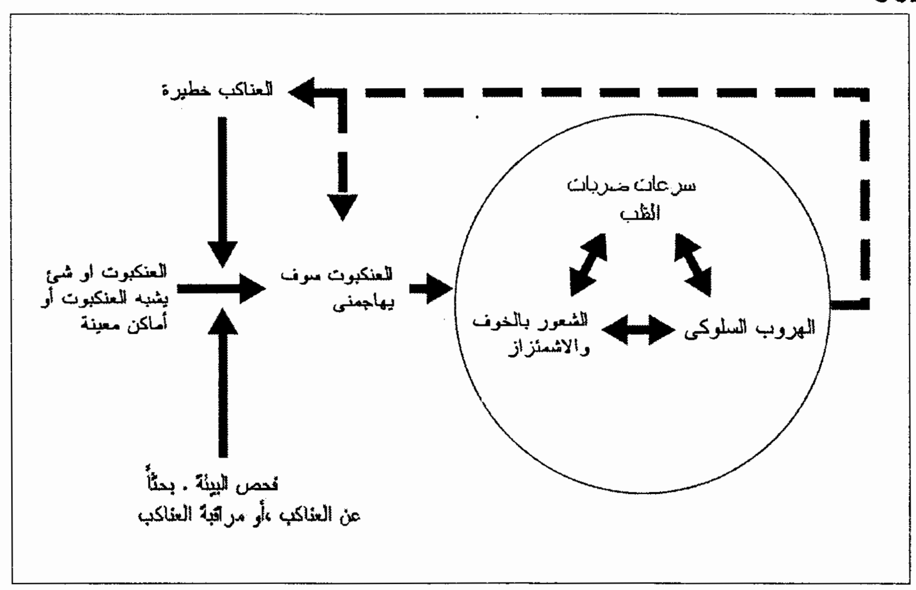
على سبيل المثال ، أعلن ستيوارت أن عنكبوت قد لدغه وهو في العاشرة من عمره . على الرغم من صعوبة التأكد من هذا التقرير ، إلا إنه مازال على قناعة من أن العناكب حيوانات خطيرة يمكن ان تهاجمه بشكل مباشر ، وتعضه ، وتسبب له الألم والضرر .

أظهر ستيوارت –متناغماً مع البحوث السابقة- تحيزاً انتباهياً مرتبط بالعناكب . هناك أشياء مثل العناكب والثعابين ترتبط على وجه الخصوص مع هذا التحيز الانتباهي بسبب صلتها الارتقائية (Ohman Et Al,2001) .

لم نستطع الفهم التام لطبيعة ونتائج هذا التحيز الإنتباهي . في حين أظهرت بعض الدراسات تحيزاً إنتباهياً متزايداً على الأفراد الذين يخافون من العناكب يحتمل أن يتجنبوا المثيرات ذات الصلة بالعناكب (Mogg& Bradley,2006) .

تم التعبير عن التحيز الإنتباهي لدى ستيوارت من خلال فحص البيئة من أجل العناكب وأحياناً من خلال الافتراض الخاطئ أو الإدراك الخاطئ لوجود العناكب ؛ وهذا بدوره يؤدي

إلى رد الفعل المعبّر عن الخوف ، ويتسم بسرعة ضربات القلب ، شعور الفرد بالخوف ، والرغبة الشديدة في مغادرة المكان . بالإضافة إلى شعور الفرد بالخوف ، فإن ستيوارت يمر أيضاً بخبرة الشعور بالاشمئزاز عندما يواجه عناكب . الشكل (3) يوضح مشكلة العناكب لدى ستيوارت.



الشكل (3) مشكلة العناكب لدى ستيوارت

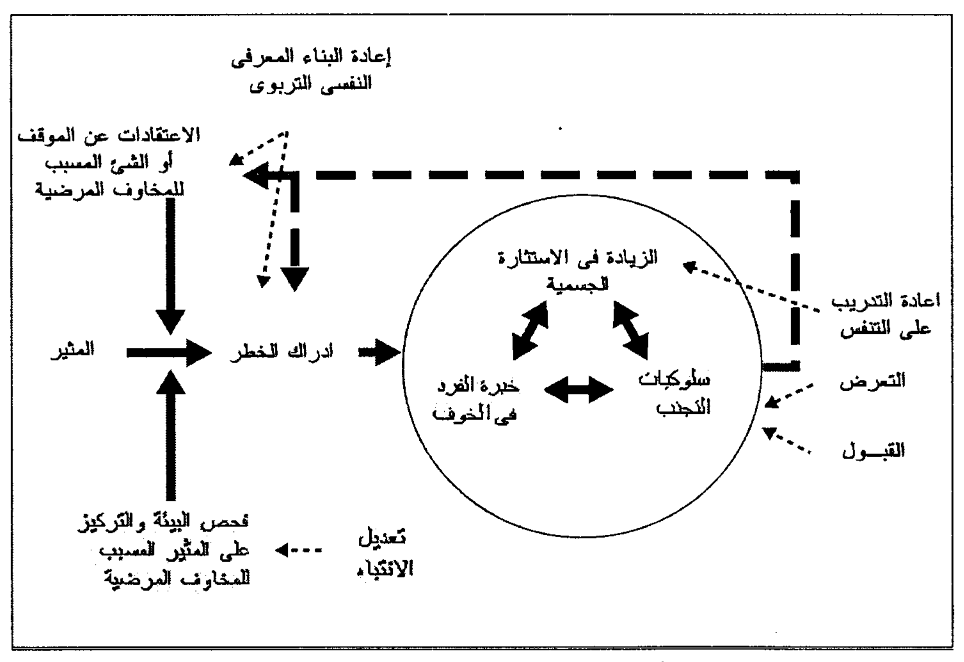
استراتيجيات العلاج

المشكلة الرئيسية في المخاوف المرضية هي الخوف المفرط واللاعقلاني من الأشياء أو المواقف ؛ ومن هنا ، فإن الإستراتيجية الأكثر فعالية التي تستهدف المخاوف المرضية هي من خلال التعرض المتكرر والمطوّل ، وتنشيط استخدام أي إستراتيجية من استراتيجيات التجنب . كما يمكن التعليمات التقبل تثبيط التجنب الخبراتي ، وتشجيع المريض على المرور بخبرة الانفعال .

هناك إستراتيجية فعاله أخرى تتمثل في تصويب المعلومات الخطأ لدى المريض عن الخطر المتوقع للشئ أو الموقف المخيف ، ويتم ذلك من خلال إعادة البناء المعرفي والنفسي – تربوي. كما يمكن أن يكون إعادة التدريب على الانتباه نحو المثيرات غير المخيفة وليس المثيرات المخيفة – كجزء مفيد في العلاج . أخيراً ، تدريبات إعادة التدريب على التنفس يمكن أن

تكون مفيدة في تنظيم الإثارة المفرطة المصاحبة لاستجابة الخوف المرضي ، مع افتراض أن هذه التدريبات على التنفس لا تستخدم كاستراتيجيات تجنب .

الشكل (4) يوضح كيف تتداخل استراتيجيات العلاج في مشكلة العناكب لدى ستيوارت



الشكل (4) استراتيجيات تستهدف المخاوف المرضية

إعادة البناء المعرفي النفسي – التربوي

الأفراد الذين يعانون من المخاوف المرضية غالباً ما تكون لديهم معتقدات لا عقلانية عن الموقف أو الشئ المسبب للمخاوف المرضية . على سبيل المثال ، الأفراد الذين يخافون من ركوب الطائرة (فوبيا ركوب الطائرة) غالباً ما يبالغون في تقدير احتمالية حدوث تحطم للطائرة . عندما يعلم الشخص الذي يعاني من فوبيا ركوب الطائرة ، بحدوث تحطم لطائرة ، فإنه يستخدم هذه المعلومات لدعم معتقداته بأن تحطم الطائرة أحداث محتمله .
في الحقيقة . هناك أحداث غير محتملة الحدوث . أحد الطرق للحصول على تقدير دقيق الاحتمالية الموت نتيجة تحطم طائرة هو بأن تقسم عدد الأفراد الذين لقوا حتفهم في تحطم

طائرة على عدد الرحلات التي سافر فيها كل المسافرين خلال فتره معينة من الزمن . وبناءً على هذه العملية الحسابية ، فإن المخاطر السنوية للموت في تحطم طائرة لمتوسط الأمريكان هو واحد كل إحدى عشر مليون شخص . وبالمقارنة ، فإن المخاطر السنوية للموت نتيجة تحطم سيارة لمتوسط الأمريكان هو واحد كل خمسة آلاف شخص . بمعنى آخر ، إن السفر بالطائرة أكثر أماناً من السفر بالسيارة .

إن مناقشة هذه الحقائق يمكن أن تجعلنا نشك في المعتقدات اللاتكيفية التي اعتقدناها لفترة طويلة من الزمن بشأن الخطر الذي يلحق بنا نتيجة لموقف ما أو شئ ما . قد يوجّه المعالج النفسي المريض على مواقع الانترنت المناسبة للتعلم عن هذه الحقائق .

على نحو مشابه ، فإن العديد ممن لديهم المخاوف المرضية من العناكب يحملون بين جنباتهم معتقدات خطأ ولا تكيفية عن مخاطر العناكب . لدغات العناكب نادرة جداً . فهناك ما يقرب من 40.000 فصيلة وما يوازي 109 عائلة من العناكب .

ففي الولايات المتحدة ، يوجد مئات الفصائل من العناكب ، بناءً على الولايات . على سبيل المثال ، في تكساس ، يوجد 900 فصيل من العناكب ، والقليل منهم جداً ضار للإنسان ، ومن بين العناكب الضارة في الإنسان نوعان منها فقط يوجدان في الولايات المتحدة : الأرملة السوداءBLACK WIDOW ، والناسك البني BROWN RECLUSE .

لدغاتها مؤلمة ولكن ليس مميتة ، إلا إذا كان الضحية لديه حساسية للسم ، أو كان جهاز المناعة لديه ضعيف . كما هو الحالة بالنسبة للموت في تحطم طائرة ، فمن غير المحتمل تماماً أن يُلدغ المرء بعنكبوت خطير – عنكبوت مميت .

تعديل الانتباه السلوكي

ترتبط المخاوف المرضية بالتحيز بمرحلة تسجيل المثير الأوّلي للتجهيز المعرفي لأن الانتباه ينتشر بشكل سريع وآلي نحو المعلومات التي تحمل التهديد . على الرغم من أن هذا التحول نحو المعلومات التي تحمل التهديد تكيفي من الناحية الارتقائية ، إلا أنه يصبح إشكالي عندما يؤدي إلى الإفراط في الحذر (MACLEOD ET AL,2002 ,MOGG & BRADLEY1998) .

قام ماكليود ورفاقه MACLEOD ET AL, (2002) بزيادة أعراض القلق من خلال معالجة الانتباه لدى عينة غير عيادية ، حيث دربوا الأفراد على الانتباه للمثيرات التي تحمل التهديد باستخدام مهمة كمبيوترية . أشارت دراسات لاحقة إلى أن تشجيع الناس على الانتباه إلى المثيرات غير المخيفة من الممكن أن تكون طريقة فعالة في تعديل التحيزات الإنتباهيه ، وتلطف من أعراض القلق . في حالة ستيوارت ، ربما يسأله المعالج النفسي أن يذكر له كم عدد أرجل العنكبوت ، ويصف له لون شعر العنكبوت ، ويفحص حركة بطنه ، أو يعطي العنكبوت أسماً .

إعادة التدريب على التنفس

إن التعرض للمثير المسبب للمخاوف المرضية يمكن في الغالب أن يثير نوبات هلع . إننا سوف نتعرض للشرح المفصل لظاهرة نوبات الهلع التي تستثيرها الأشياء أو المواقف التي تسبب المخاوف المرضية على أنها نوبات هلع موقفية . أحد المظاهر الهامة لنوبات الهلع هي : الإفراط في التنفس ، والذي يرتبط بأعراض نوبة الهلع ، مثل الشعور بصداع ، سرعة ضربات القلب ، والشعور بوخز خفيف . الطريقة الفعالة في هذه الحالة هي إعادة التدريب على التنفس حيث أنها تنظم فرط الإثارة الجسمية المصاحبة للاستجابة بالمخاوف المرضية . هذه الإستراتيجية سوف نتحدث عنها في الفصل الرابع .

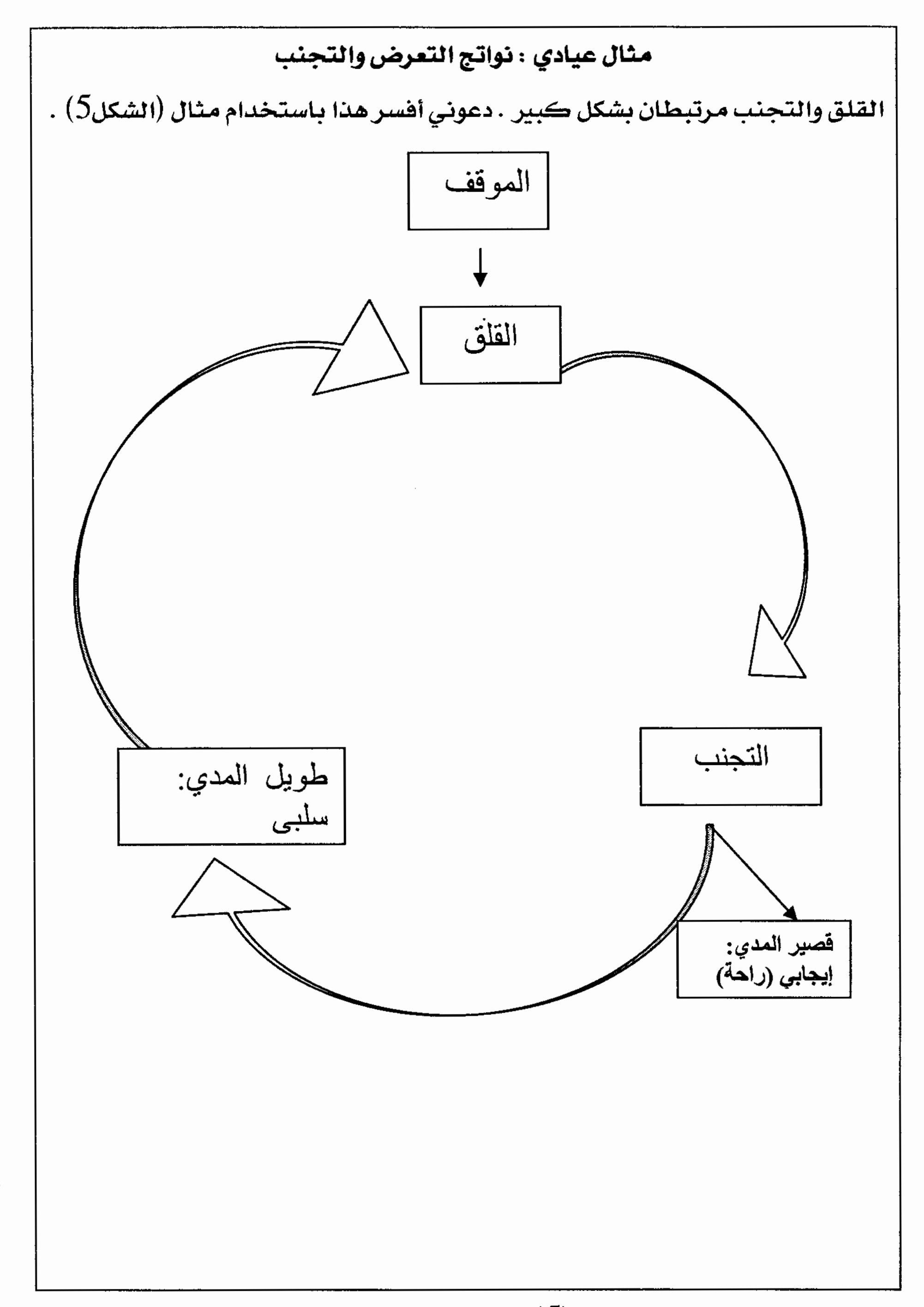
التعرض

إن التعرض إستراتيجية تدخل فعالة بشكل كبير في علاج اضطرابات القلق . قبل إجراء ممارسات التعرّض ، ينبغي أن يتعرف المعالج النفسي على الإلماعات المسببة للخوف . في حالة المخاوف المرضية الخاصة ، فإن الإلماعات هي المثيرات الموقفية .قبل إجراء ممارسات التعرض ، لابد أن يكون لدى المعالج النفسي فهماً جيداً عن المواقف التي تستثير الخوف والتجنب لدى المريض ؛ وغالباً ما يكون من المفيد أن يُطلب من المريض تقدير الخوف لديه على مقياس من عشر نقاط (مقياس من صفر- 10 نقاط) .

وتستخدم هذه المعلومات في ممارسات التعرض ، من الضروري أيضاً أن يفهم المريض أهمية هذه الممارسات . المثال التالي يقدّم نموذجاً أو مثالاً للتعرض .

مثال عيادي : نواتج التعرض والتجنب

القلق والتجنب مرتبطان بشكل كبير . دعوني أفسر هذا باستخدام مثال (الشكل5) .

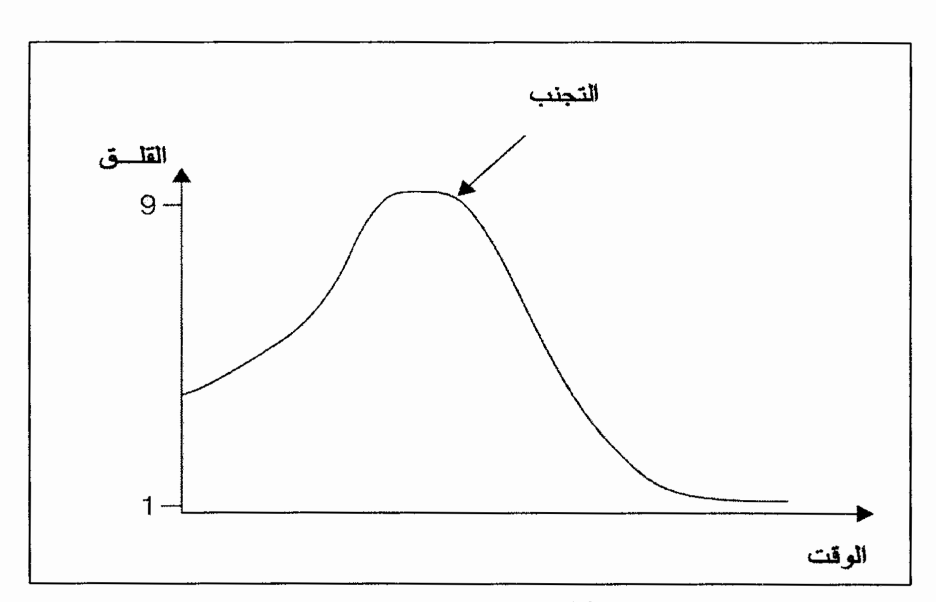


الشكل (5) الحلقة المفرغة للتجنب

بعـدما أن تهـرب (التجنـب) ، يـنخفض القلـق لـديك وتـشعر بالراحـة . وهذه هي النتيجة الإيجابية قصيرة المدى . ومع ذلك ، فإن للتجنب نتائج سالبة طويلة المدى : فسوف تمر بخبرة القلق في كل مرة تواجه فيها الموقف مرة أخرى في المستقبل لأنك لم تعطي الجسم فرصة للتكيف مع الموقف ، ومعرفة أن الموقف أو الشئ ليس بالخطير .

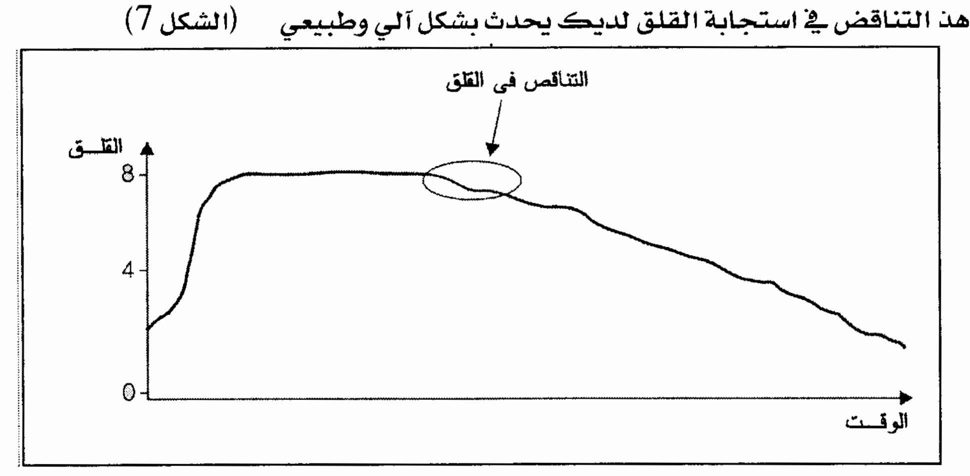
لذا ، فإن التجنب يحافظ على بقاء القلق لديك ، وهذا هو السبب في أنك تظل تشعر بالقلق عند مواجهة موقف أو شئ ما . وهذا هو السبب أيضاً في أن القلق يصبح أكثر سوءً بعد تكرار التجنب ، والسبب في أن التجنب يميل إلى الانسحاب على مواقف ومجالات أخرى من حياتك .

دعونا نلعب لعبة تفكير . دعونا نفكر في مشهدين . في المشهد الأول ، أنت تواجه موقف أو شئ مخيف ، وتستخدم استراتيجيات التجنب . وبالتالي يصبح القلق لديك أعظم إلى أن يأتي التجنب ويهدئ من مستوى هذا القلق (شكل6) .



الشكل (6) مثال على القلق مع التجنب

ومع ذلك لو انك واجهت نفس الموقف أو الشئ مرة أخرى في المستقبل ، فإنه لن يحدث أي تغيير ، حيث أنك سوف تشعر بنفس مستوى القلق عند مواجهة موقف أو شئ مشابه . الآن ، دعونا نفترض مشهد آخر . دعونا نفترض أنك بقيت في الموقف المثير للقلق ، أو تعرضت للشئ المخيف . ماذا تعتقد سوف يحدث للقلق لديك لو انك لم تتجنب وبقيت مع القلق ، (بعد ساعة ،8ساعات، 20ساعة، أسبوع .....ألخ) . في النهاية ، سوف يتناقض القلق . هذ التناقض في استجابة القلق لديك يحدث بشكل آلي وطبيعي (الشكل 7)



الشكل (7) مثال على القلق بدون تجنب

هل تعرف الميكانزم البيولوجي الذي يقف خلف هذا ؟ السبب هو أن جسمك لديه ميكانيزمات تنظيمية تصبح نشطة بعد فترة من زمن التعرض . من الناحية الفسيولوجية ، فإن جهازك العصبي شبه السيمباثاوي parasympathetic ينشط ويخفض من الإثارة البيولوجية لديك . بمعنى آخر ، فإن جسمك يتكيف في النهاية مع الموقف أو الشئ المثير للقلق . ولكن هذه العملية تحدث فقط إذا مررت تماماً بخبرة القلق .

وهذا يعني البقاء في الموقف او مواجهة الشئ لفترة أطول من الوقت بدون استخدام أي نوع من استراتيجيات التجنب .بالإضافة إلى ذلك ، فإن هذا سوف يعطيك الفرصة لاختبار معتقداتك ورؤية ما إذا كانت النتيجة المخيفة سوف تحدث بالفعل . نظراً لأنك كنت تتجنب المرور بخبرة القلق لأعلى درجة فيه ، فإنك لم تعط نفسك الفرصة لترى ما الذي يحدث بالفعل . لذا ، فإن التعرض مفيد لأنه يعطيك الفرصة لاختبار معتقداتك،

فيمكنك رؤية ما إذا كانت النتيجة المخيفة سوف تحدث أم لا ، وفي حالة حدوثها ، هل هي مخيفة لهذه الدرجة أم لا .

ما الذي تعتقد سوف يحدث المرات القليلة القادمة التي تواجه فيها نفس الموقف أو الشئ مرة اخرى بعدما عرضت نفسك بنجاح المرة الأولى ؟ لا شك أنك سوف تمر بخبرة قلق متوقع بسيط ، درجة بسيطة من القلق ، وتناقص سريع في القلق . فلن يكون القلق لديك بهذا السوء لأنك أدركت مرورك بخبرة تناقص القلق ، وهذه عملية تعلم ، وكما هو الحالة بالنسبة لأي عملية تعلم ، فإن الشئ المتعلّم يصبح أكثر سهولة كلما تدربت عليه .

التعرض هو الطريقة الوحيدة لإزالة القلق . لو علمنا أن هناك طريقة أكثر سهولة أو أقل ألماً ، لفعلناها أعلم ان هذا يبدو مزعجاً ومخيفاً ، ولكن ليس أمامك سوى خياران : إما أن تقرر العيش مع التجنب ، وهو ليس بالأمر الأفضل بل الأسوأ ، أو تأخذ هذه الخطوة الأخيرة والشجاعة جداً ، وتنفّذ هذا الإجراء الفعّال . ومع ذلك ، فإن هذا العلاج يكون فعالاً إذا كانت لديك الرغبة في الخضوع له . متى بدأنا هذا العلاج ، ينبغي علينا السير فيه إلى نهايته .

عند الإعداد للتعرض ، فمن الأهمية بمكان أن ننمي سلسلة من المواقف التي يخافها المريض ويتجنبها . في أحسن الأحوال ، ينبغي أن تتكون هذه السلسلة من 10-15 بنداً يتراوح بين صعب بدرجة بسيطة (مثلاً حوالي 30 على مقياس من صفر – 100نقطة) عند المستوى الأدنى من السلسلة إلى صعب جداَ (90-100) عند قمة السلسلة . لابد أن تكون المفردات في هذه السلسلة محددة ، ودقيقة ، وتأخذ في الاعتبار العوامل التي تؤثر في الهموم الخاصة بالمريض .

على سبيل المثال ، مهمة "النظر إلى العنكبوت" يمكن أن تقسّم إلى أجزاء عديدة وترتب من حيث الصعوبة على الحركة ، الخصائص الجسمية ، الحضور الجسمي للعنكبوت ، النظر إلى صورة دقيقة للعنكبوت ، مشاهدة مقطع فيديو لعنكبوت ، مشاهدة مقطع فيديو لعنكبوت يتحرك نحو الكاميرا،الإمساك بعنكبوت بلاستيكي ، النظر إلى عنكبوت حى فى مربى الحيوانات . الجدول (2) يقدم مثالا على سلسلة التعرض

جدول(2) سلسله التعرض الخوف من العناكب (ستيوارت)

المفردة	الوصف	درجةالخوف 0- 100
1	الإمساك بالعنكبوتة الذئبية فى اليد	100
2	ترك العنكبوتة الذئبية تزحف على اليد	95
3	لمس بطن العنكبوتة الذئبية بأصبع اليد (السبابة)	90
4	لمس العنكبوتة الذئبية بعصا	75
5	لمس نافذة مربى الحيوانات بالقرب من العنكبوت	70
6	الوقوف مباشرة أمام مربى للحيوانات بها عنكبوتة ذئبية	65
7	الوقوف بعيداً عن مربى للحيوانات بها عنكبوتة ذئبية بـ4اقدام	50
8	الإمساك بشعر العنكبوتة الذئبية	50
9	الإمساك بعنكبوت مطاطى يشبة الحقيقى	40
10	مشاهدة مقطع فيديو ينتهى بعنكبوته ذئبية	30

طُلب من سيتوارت البدء بالتعرض من خلال مهمة فى سلسلته ترتبط بمستوى الخوف لديه والذى يصل من طفيف إلى متوسط . وفى النهاية شاهد مقطع فيديو "مفترس الغابة" ينتهى بعنكبوتة ذئبية ،ثم طلب منه الإمساك بعنكبوتة مطاطى يشبه العنكبوت الحقيقى . مهام التعرض الأولى هذه تراوحت بين 40- 60على مقياس من 0- 100نقطة . المهام كانت متحدية، ولكن من المفترض أن المريض لديه القدرة على إستكمالها بنجاح . يمكن أن يستخدم المريض تقديرات الخوف لقياس استعداده للتقدم الى الخطوة التالية . طلب من ستيوارت البقاء فى المهمة حتى يقل الخوف إلى المستوى الذى يرغب عنده فى محاولة المهمة التالية فى السلسلة لاحظ سيتوارت انه كلما كان تقدمه خلال خطوات السلسلة سريعاً، كلما كان مروره بخبره انتقاص الخوف سريعاً أيضاً . قد يفضل مرضى آخرون السير فى

خطوات التعرض بشكل تدريجى ، ويحدث نقصان فى الخوف مع الوقت. من المفيد إجراء مراجعات منتظمة عن تقدم المريض بالعودة الى مهام التعرض الأولى لضمان أن المريض يمكنه إتقان الخطوات السهلة فى السلسلة.

ينبغى تشجيع المرضى على البقاء فى الموقف حتى يتناقص مستوى التوتر لديهم. اذا ترك المرضى الموقف ، ينبغى تشجعهم على العودة إليه سريعاً بعد تركه . من المرغوب فيه ، ولكن ليس ضرورياً للمرضى أن يمروا بخبرة التقليل من الشعور بعدم الراحة فى جلسة التعرض . فى هذه الحالات، ما زال المرضى يمرون بخبرة التقليل من الخوف عبر الجلسات . لكى يتم الحصول على أعلى مستوى من الإفادة من مهام التعرض، ينبغى أن تكون الممارسات متكررة ،ويتم التخطيط لها مسبقا .

ينبغى أن يخصص المرضى من ساعة الى ساعتين لممارسات التعرض . تجدر الإشارة الى ان التعرض الأطول أفضل وأكثر فعالية من التعرض الأقصر . من الأهمية بمكان ألا يستخدم المرضى أى إستراتيجية من استراتيجيات التجنب ،مثل سلوكيات الأمان .

سلوكيات الأمان عبارة عن سلوكيات دقيقة ينخرط فيها الأفراد للتقليل من الخوف أو لمنع النتيجة المخيفة . على المدى البعيد ،فان استخدام هذه السلوكيات من المحتمل أن تقوّض نتيجة العلاج بمنع العملاء من معرفة أن الموقف المخيف ليس خطيراً فى الحقيقة.

الدعم التجريبى

إن استراتيجية التعرض هى أكثر أنواع العلاج فعالية بالنسبة للمخاوف المرضية الخاصة مقارنة بأنواع التدخل التى تقدم لإرضاء المريض (Choy et al, 2002 ,woltizky-Taylor,etal,2008).

يتم الاحتفاظ بالمكاسب لمدة عام على الأقل ،خصوصاً عندما يستمر الخاضعون للعلاج فى ممارسات التعرض بعد نهاية العلاج (Choy et al ,2007).فى حالة المخاوف المرضية من الدم والحقن، فان الاختيار العلاجى هو الشدّ التطبيقى . ينطوى الشدّ التطبيقى على شدّ

عضلات الفرد أثناء التعرض للمواقف المخيفة ، و هذا يستثير الزيادة المؤقتة فى الدم ويعوق الإغماء.

وجدت دراسة كانت تقارن بين التعرض باستخدام الشدّ التطبيقى والتعرض بدون الشدّ التطبيقى أن الشدّ التطبيقى أدى إلى نواتج أفضل لعلاج المخاوف المرضية من الدم .(Ost etal,1991)

تشتمل التطورات الأكثر حداثة فى علاج الخوف المرضية الخاصة على الحقيقة الافتراضية .هذا العلاج يستخدم برنامجاً كمبيوترياً لإصدار نسخة ثلاثية البعد، رقمية للشئ أو الموقف المخيف ، ويمكّن العملاء من تنفيذ ممارسات التعرض فى البيئة المحفّزة .(Rethboum ,et al,2000)

هذا النموذج العلاجى مفيد لعرض المرضى على الأشياء والمواقف الصعبة والمكلفة لإعادة النشاط (مثلاً: رحلة مضطربة فى حالة المخاوف المرضية من السفر بالطائرة) كما أن هذا العلاج يقدم بديلاً للأفراد الذين يرفضون أسلوب التعرض .

لم يظهر العلاج الطبى التقليدى للأمراض النفسية –بمفرده أو بالاتحاد مع العلاج المعرفى السلوكى فائدة فى علاج المخاوف المرضية الخاصة . ومع ذلك ،تشير الأدلة الحديثة الى أن استخدام بعض المضادات الحيوية ييسر العلاج النفسى بالتعرض للمخاوف المرضية من السفر بالطائرة (Kessler et al ,2004).

الفصل الرابع

مقاومة الهلع و رهاب الخوف من الأماكن الشاغرة

هلع سارة

سارة سيدة تبلغ من العمر45عاماً، بيضاء ، متزوجة، وأماً لشابين فى سن المراهقة ، كما أنها تعمل محاسب بالتعاقد .أثناء الخمس سنوات الأخيرة ،مرّت سارة بخبرة نوبات متكررة من الخوف الشديد الذى يبدو أنه غير عادى .فقد تذكرت أول نوبة وقعت لها فى العمل ،منذ شهرين بعد ما التحقت بالوظيفة.

فقد طلب منها تسليم بعض أعمال العمل يدوياً الى مكتب آخر. عندما دخلت فى مصعد مزدحم لتسليم الأوراق ،انتابها شعور بالاختناق.فقد تذكرت أنها لا تستطيع التنفس ، ازدادت ضربات قلبها لدرجة أنها عرقت وكانت ترتجف لاحظ الناس فى المصعد توترها ،واتصل أحدهم بالإسعاف ،والتى أتت على وجه السرعة وأودعتها غرفة الطوارئ .لم يتم تحديد أى مبرر جسمى لهذا الحدث . منذ ذلك الوقت ، كانت تمر سارة بنوبة أو نوبتين فى الشهر .

أثناء هذه النوبات ، كانت دقات قلبها سريعة جداً،وتشعر بالاختناق ، وألم فى الصدر،مشاعر عدم الواقعية ،وشدة العرق.خضعت سارة للعديد من الفحوصات الطبية ،إلا أن الطب لم يجد شبباً لهذه النوبات .ومع ذلك ، مازالت سارة قلقة بشأن حدوث هذه النوبات ، وكانت تعتقد أنها فى يوم من الأيام سوف يستطيع أى طبيب أن يجد سبباً لهذه النوبات .لاحظت سارة أن هذه النوبات حدث لها فى الفترات التى تكون فيها بعيدة عن البيت ، وكانت تشعر بالأمان إذا كانت فى مكان قريب من المستشفى . كما كان الشعور بالقلق يزداد فى حالة وجودها فى الأماكن المزدحمة .كانت سارة تتجنب هذه المواقف ،لان المساعدة فيها صعبة .فقد كانت تسافر برفقة زوجها معيناً لها ،وتمنى ألا تعانى من هذه النوبات .

ذهبت سارة للعلاج النفسى ،وقام بوصف بعض الأدوية المضادة للاكتئاب ، هذه الأدوية لم تكن فعالة.

تعريف الاضطراب

يعرف الدليل الاحصائى نوبة الهلع بأنها حدوث يتسم بالخوف الشديد أوعدم الراحة. أثناء هذه النوبات ،تظهر على المريض أربعة أعراض جسمية أو أكثر ،وتصل الى ذروتها فى أقل من 10 دقائق وتشمل على : سرعة دقات القلق أو الخفقان ، العرق ،الارتجاف ، أو الرعشة ،الشعور بعدم القدرة على التنفس أو الاختناق،ألم الصدر أو عدم الراحة ، الغثيان ،أو توتر البطن ، دوّار، أو شعور بالدوخة ، الشعور بسلب الروح ، الخوف من فقدان السيطرة ، الخوف من الموت ، عدد من الأحاسيس الوخز، القشعريرة ، أو الفوران الساخن .

نوبات الهلع الشديدة ، كما أن هذه النوبات ليست فريدة للاضطراب الهلع بمعنى ، يمكن أن تحدث نوبة الهلع فى العديد من المواقف ، كما يمكن أن يخبر عنها عدد كبير من المرضى .على سبيل المثال ، المريض الذى يخاف من المواقف الاجتماعية قد يخبر عن نوبة هلع فى الموقف الاجتماعي، والمريض الذى لديه مخاوف مرضيه من العنكبوت قد يخبر عن نوبة هلع عند رؤية العنكبوت –هناك ثلاثة أنواع من نوبات الهلع تتباين من خلال وجود أو عدم وجود المثيرات الموقفية:نوبات هلع غير متوقعة (غير الماعية) ، نوبات الهلع محكومة بالموقف (الماعية) ، ونوبات الهلع التى لديها استعداد وفقاً للموقف . نوبة الهلع التى لدى المريض الذى لديه خوف مرضى من العنكبوت عند رؤية العنكبوت مثال على نوبة الهلع المحكومة بالموقف .

نوبات الهلع التى لديها استعداد وفقاً للموقف تحدث عند التعرض للمثير الموقفى، ولكنها ليست مرتبطة به ارتباط لامناص منه .على سبيل المثال ، المريض الذى يخاف من قيادة السيارة قد يخبر عن نوبات هلع قيادة السيارة –هذا قد يحدث أحياناً وليس دائماً .أما نوبات الهلع غير المتوقعة فليس لها مثير موقعى واضح ، تحدث بشكل غير متوقع . هذا النوبات يخبر عنها مرضى اضطراب الهلع ، فى حين يخبر المرضى ذوو المخاوف المرضية الخاصة عن نوبات هلع محكومة بالموقف .

نوبات الهلع لدى المرضى ذوى اضطراب الهلع غير متوقعة او المحكومة بالموقف . فى حالة سارة ، حدثت النوبة الأولى فى المصعد ، وهو أمر لم يكن متوقع تماماً .

من المحتمل أن تحدث هذه النوبات فى الأماكن المزدحمة مثل المراكز التجارية والأنفاق، والقطارات ، والطائرات .كما هو الحال بالنسبة للمرضى اضطراب الهلع ،والخوف الشديد من الأماكن الشاغرة ،بدأت سارة تتجنب هذه الأماكن ، والمواقف، لأن الهروب قد يكون صعباً،ومحيراً ، أو لأن المساعدة قد لا تكون متاحة عند وقوع نوبة الهلع . أيضاً قد تحدث مواقف الخوف المرضى من الأماكن الشاغرة عند السفر جوا ،البقاء وحيداً فى المنزل ، قيادة السيارة فوق كبرى ، التواجد فى الأماكن المزدحمة ، قيادة السيارة ، أو استخدام المواصلات العامة ، أو ركوب المصعد .

فى الغالب ،يقوم مرضى المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة إما يتجنب هذه المواقف تماماً ، أو المرور بخبرة التوتر والقلق من حدوث نوبة الهلع عند التعرض لهذه المواقف ولكى ما يقوم هؤلاء المرضى بالتقليل من التوتر فى هذه المواقف ، أو مجابهة هذا التوتر- فانهم يحملون معهم أدوية طبية ، تناول أدوية أو الكحول قبل الدخول الى الموقف ، أو يحتاجون إلى وجود شخص معهم (صديق ،أو الزوج) أو أى إشارة أمان (تليفون محمول). فى حالة سارة ،كان زوجها هو شخص الأمان .لاحظ أن هذا التعريف الطبى المعاصر لمصطلح "فوبيا الأماكن الشاغرة " يختلف تماماً عن الترجمة اليونانية الأصلية للكلمة والتى كانت تعنى (الخوف من الأماكن المفتوحة).

فى الدليل الاحصائى ،هناك ارتباط بين اضطراب الهلع والخوف المرضى من الأماكن الشاغرة ، على الرغم من وجود خلاف معاصر عما إذا كان من الممكن معالجتها كاضطرابين منفصلين تماماً فى الإصدارات المستقبلية للدليل الاحصائى .

وفى الدليل الاحصائى (الاصدار الخامس) أن الدراسات الأوبئة فى كل أنحاء العالم تشير إلى شيوع معدّل اضطراب الهلع بدون المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة بنسبة بين 1.5٪إلى3.5٪.

كما أن ما يقرب من ثلث إلى نصف الأفراد ذوى اضطراب الهلع لديهم أيضاً المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة كما أن معدّل كبير من المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة توجد لدى مرضى العيادات . هذا التناقص بين معدلات الانتشار العيادية والوبائية قد يسعون فى طلب المساعدة من المختصين بشكل أكثر من مرضى اضطراب الهلع بون المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة (Borlow,2002) .

يُخصص تشخيص اضطراب الهلع إذا ما أعلن المريض عن حدوث نوبات هلع غير متوقعة ، وإذا تتبع أحد هذه النوبات –على الأقل- فترة شهر على الأقل من القلق بشأن حدوث نوبات أخرى ،خوف من وقوع النوبات ونتائجها أو تغير ملحوظ فى السلوك المرتبط بالنوبات .إذ لم ترجع نوبات الهلع هذه إلى حالة طبية عامة ، أو تأثيرات المواد (الأدوية والكحول)، فمن المحتمل بشكل كبير أن يكون المريض يعانى من اضطراب الهلع أو اضطرب القلق المرتبط به.

إذا انطبقت على المريض معايير المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة ،يمكن عندئذ تخصيص تشخيص اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة قد شخصوا حالياً او من قبل على أن لديهم اضطراب الهلع .

لابد تمييز اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف المرضية من الأماكن الشاعرة أو غير المصحوبة بها عند اضطرابات القلق الأخرى التى تكون فيها نوبات الهلع مظهرياً مصاحباً. تحديداً ، التمييز عن الفوبيا الخاصة يمكن أن يكون صعباً فى حالات معينة . فالأفراد ذوو الفوبيا (المخاوف المرضية)الخاصة ، والمرضى ذوو اضطراب الهلع المصحوب بالمخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة يمكن أن يخافوا من نفس الموقف لأسباب مختلفة (بالنسبة للسفر جواً ، يخاف الأفراد ذوو اضطراب الهلع من حدوث نوبات الهلع ،فى حين يخاف الأفراد ذوو المخاوف المرضية الخاصة من حدوث تحطم للطائرة).

ومع ذلك ، فإن الخوف من نوبات الهلع لا يميز- بشكل واضح المرضى ذوى اضطراب الهلع .على سبيل المثال ،أظهرت دراسة أجريت على الأفراد الذين يخافون من قيادة السيارة أن 53٪ أعلنوا عن نوبات هلع،15٪ أعلنوا عن حوادث سيارات ، وذلك كأسباب رئيسية لمخاوفهم المرضية ، على الرغم من أن معظم الأفراد الخائفين من قيادة السيارة (69.6٪) لديهم مخاوف خاصة (Ehlers et al ,1994) .

الأفراد الذين أعلنوا عن نوبات هلع كسبب رئيسى فى مخاوفهم المرضية كانوا مهمومين تحديداً بأعراض القلق أثناء القيادة .هناك نتائج مشابهة تم الحصول عليها من مجموعة أفراد لديهم اضطراب القلق الاجتماعي ويخافون التحدث أمام العامة (Hoffman et al .1995)

الأفراد الذين عزو قلق التحدث أمام الآخرين الى نوبات هلع كانوا مهتمين بأحاسيسهم الجسدية فى موقف التحدث أمام الغير أكثر من الأفراد الذين عزو مخاوفهم إلى أشياء أخرى . فيما يبدو أن الأفراد ذوى المخاوف المرضية الخاصة، ومرضى اضطراب الهلع مختلفين بشكل رئيسى –فى الإلماعات التى تستثير القلق لديهم .

فيما يبدو أيضاً أن الإلماعات الداخلية مثل الأحاسيس الجسدية والتصورات المعرفية واضحة لاضطراب الهلع ، فى حين أن الإلماعات الخارجية الموقفية بارزة للمخاوف المرضية الخاصة (Craske,1991).

بمعنى آخر،يخاف الأفراد(المرضى) ذوو اضطراب الهلع من أعراضهم الجسمية .العمر الزمنى الذى يبدأ عنده اضطراب الهلع والمخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة هو بين المراهقة المتأخرة ،ومنتصف الثلاثين مع وجود تباينات جديرة بالملاحظة والاعتبار .ومع ذلك ،يمكن أن يحدث هذا الاضطراب- فى حالات نادرة –فى مرحلة الطفولة ،وبعد سن 45عاماً .فى حالة سارة ،بدأت عندها نوبة الهلع متأخرا .

تجدر الإشارة إلى أن مجرى الاضطراب يتباين من فرد إلى آخر :حيث يعلن بعض المرضى عن ثوران عرضى مع سنوات من الإخماد بينها ،فى حين أظهر آخرون أعراض حادة بشكل مستمر . عادة ما تنمو المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة خلال العام الأول من استهلاك اضطراب الهلع ،ولكن هناك تباين جدير بالاعتبار .فى حالة سارة ،فقد نما تجنبها للمخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة بعد بداية نوبات الهلع واستمر المرض وأصبح حاداً .

اضطراب الهلع فئة تشخيصية موجودة فى الدليل الإحصائي ،حيث يقوم الدليل الأصلى للاضطراب على نموذج المرض الطبى ، والذى يفترض وجود متلازمات مميزة ذات أسباب مرضية عضوية موروثة ، وخواص علاجية معينة (Kleinf klein,1989).

تم التوصل الى وجود متلازمة تشخيصية بعدم لاحظ كلين Klein) أن بعض المرضى ذوى عصاب القلق (Anxiety Neurosis). قد استجابوا بشكل جيد للعقار المضاد للاكتئاب ، فى حين لم يستجيب آخرون .

أشار كلين- بشكل مشابه للمضاد الحيوى الفعال فى علاج العدوى البكتيرية ، ولكنه غير فعال فى علاج العدوى الفيروسية –إلى أن الاستجابة الفارقة للعقار تحدد اضطرابين مختلفين من الناحية الكيفية .قدّم كلاركClark (1986) نموذجاً معرفياً للهلع ، والذى

يفترض أن نوبات الهلع تنتج من التفسير الكوارثى لأحاسيس جسمية معينة مثل سرعة ضربات القلب ،ضعف التنفس ، والاختناق .

ومن أمثلة التفسير الكوارثى :شخص صحيح يرى سرعة ضربات القلب كدليل على أزمة قلبية محتملة .تشير الدائرة المفرغة للنموذج المعرفى إلى أن العديد من المثيرات الخارجية (مثلاً:الشعور بالإيقاع فى متجر)،أو المثيرات الداخلية (الأحاسيس الجسمية،الأفكار أو التصورات) تستثير حالة من الخوف المرتقب إذا كانت هذه المثيرات قد تم النظر أو اعتبارها تهديداً. من المفترض أن هذه الحالة تصاحبها أحاسيس جسمية مخيفة ، والتى تزيد من الخوف المرتقب وحدة الأحاسيس الجسمية إذا ما تمى تفسيرها بطريقة كوارثية .

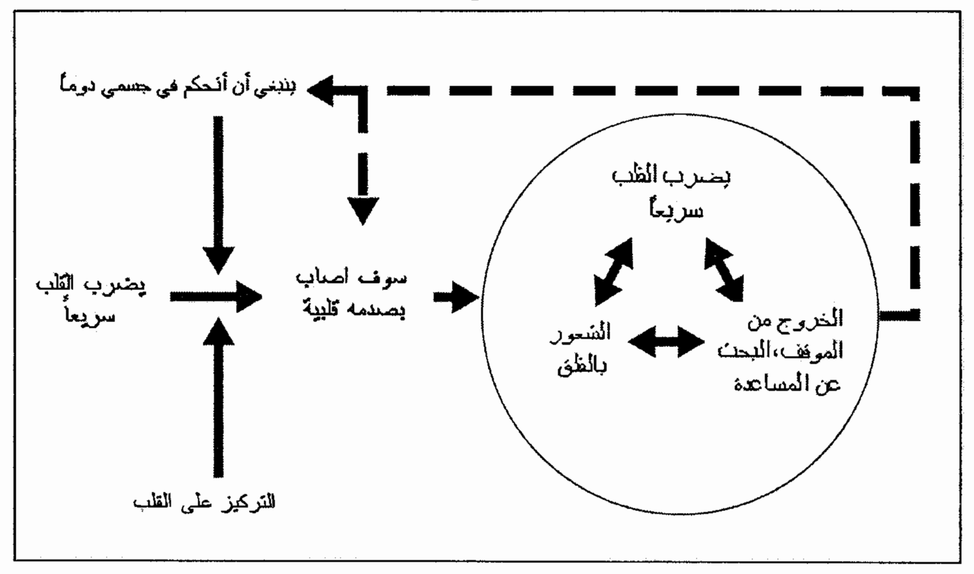
كما أن هذا النموذج المؤثر يفترض ان هذه النوبات تأتى من أشياء عير متوقعة لأن المرض يفشل فى التميز بين الأحاسيس الجسمية المثيرة ، والنوبة الهلعية اللاحقة والأفكار عن معنى النوبة . هذا النموذج يفسر النجاح فى العلاج الدوائى لأن أى علاج يقلل من تكرار التقلبات الجسمية يقلل أيضاً من المثيرات الممكنة لنوبة الهلع .

ومع ذلك ، متى يتم سحب العلاج الدوائى ،فمن المحتمل أن ينتكس المريض إلا إذا كانت ميول المريض نحو تفسير الأحاسيس الجسمية بطريقة كوارثية قد تغيرت أيضاً .هذا النموذج لم يحث شيئاً أقل من الثورة المعرفية داخل مجال اضطرابات القلق .

النموذج العلاجى

إن مثير الهلع من الممكن أن يكون عرضى جسمى ، مثل:ضربات القلب غير المنتظمة ، الإحساس بالوخز ، أو التغير فى التنفس ، والتى من الممكن تؤدى إلى مشاعر الإحساس بالدوّار . من الممكن استمالة هذه الأعراض بواسطة فرط التنفس أو حتى التغيرات الدقيقة فى معدّل التنفس وعمقه. ممكن النظر إلى المثير –لدى الأفراد ذوى المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة على أنه مفيد . وغير قادر على الوصول إلى الأمان فى حالة حدوث كارثة عقلية أو جسمية .

إذا نظر الشخص إلى نفسه على أنه ضعيف ،وعرضه للتأثر ، ولكن يعتقد أن عليه الظهور قوياً ، ومرن ، فمن المحتمل النظر إلى هذه المثيرات على أنها خطيرة ومهددة ، على سبيل المثال ، من التقييمات اللاتكيفية المماثلة لسرعة ضربات القلب ما يأتى:(سوف أصيب بصدمة قلبية) أو مشاعر مشاعر الدوّار مثل "سوف أصبح واهناً" أو "سوف يغمى علىّ" - وهذا سوف يؤدى بدوره إلى الأعراض الجسمية الزائدة ، سلوكيات الإحتياج ،والقلق الشخصى المرتفع ،كل هذا من الممكن أن يسببه القلق وصولاً إلى حالة الهلع - تلك الحالة التى تعزز من التقييمات اللاتكيفية لدى الشخص للمثير عير الضار . كما أنها تعزز المخططات لدى الفرد على أنه ضعيف وغير قادر على مجابهة العالم الخطر ،وعدم التحكم فى الأحاسيس الجسمية .الشكل (8) يبين دورة أحد نوبات الهلع لدى ساره.



الشكل (8) دورة الهلع لدى سارة

يتمثل المتغير الإستعدادى الهام لاضطراب القلق فى الحساسية للقلق Anxiety sensitivity.تحدد الحساسية للقلق الميل للاستجابة بخوف إلى أغراض القلق . لقد تم تطوير هذا المفهوم بناءً على نموذج التوقيع Model expectancy(Reiss,1991) على عكس النموذج المعرفى ، يفترض نموذج التوقيع أن الأفراد ذوى الحساسية المرتفعة

للقلق يعتقدون أن الإثارة المرتفعة نفسها من الممكن أن تؤدى إلى نواتج ضارة ، بدون إساءة تفسير أياً من الأحاسيس الجسمية (MeNally,1994).

على الرغم من أن نموذج التوقيع ، والنموذج المعرفى يظهران فروضاً نظرية هامة ، إلا أن الاستراتيجيات العلاجية الخاصة بالنموذج متشابهة نسبياً . الاختلاف الأكبر يتمثل فى أن النموذج المعرفى يؤكد نسبياً على تفسير الأغراض الجسمية ، والتوقعات الخاصة بأعراض القلق .

إستراتيجيات العلاج

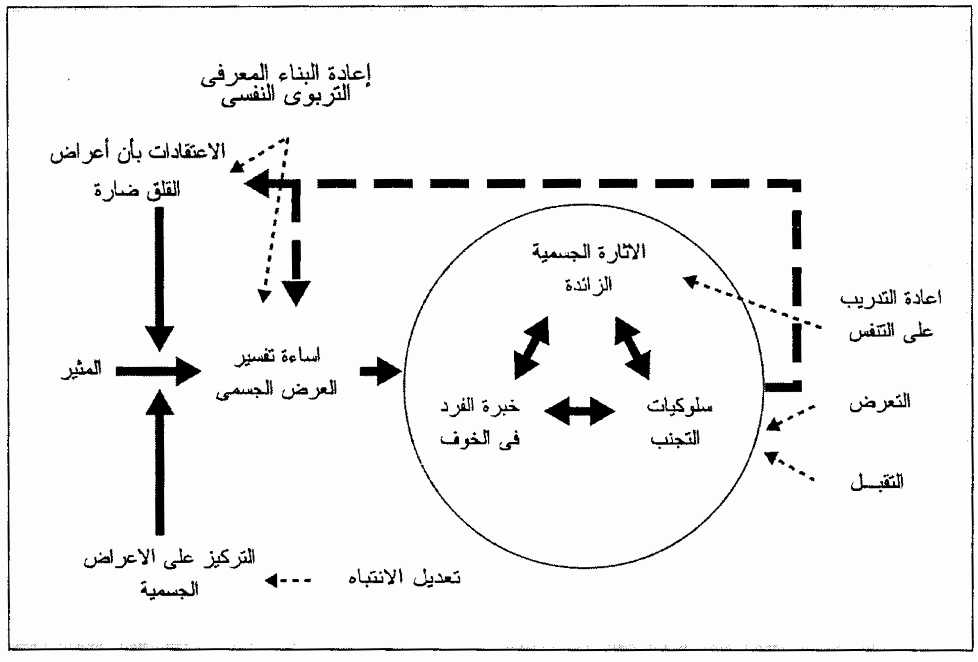
يمكن تفسير الحلقة المفرغة للهلع والتى عرضها الشكل (7) السابق عن نقاط مختلفة . إذ لم يفسر الفرد المثير غير الضار كتهديد ، فلن تحدث الدورة فى المكان الأول .لهذا السبب فإن التربية النفسية عن طبيعة نوبات الهلع ، والأعراض الجسمية ، وتأثير التنفس على وظائف الأعضاء ، عناصر هامة فى بروتوكولات العلاج لاضطراب الهلع .

كما أن إعادة البناء المعرفى Cognitive Reconstructing عنصر آخر هام ، حيث أنه يستكشف ويتحدى المخططات اللاتكيفية (مثلاً : ينبغى علىّ دائماً أن أكون قوياً " أو " لابد أن أتحكم فى جسمى طول الوقت " بالإضافة التقييمات المعرفية الكوارثية للأعراض الجسمية غير الضارة " إن سرعة ضربات القلب دليل على أننى سوف أصاب بصدمة قلبية متوقعة " ، أو " الدوّار الذى أعانى منه يشير إلى أننى سوف أصاب بالضعف " تعتبر تدريبات التنفس مفيدة فى الحد من المظاهر الجسمية لنوبات الهلع ، ومن ثم توقف من تعاظم الدورة المفرغة .

علاوة على ذلك ، فإن التغير فى التنفس عموماً من الممكن أن يقلل من احتمالية أن التغير فى معدل أو عمق التنفس يمكن أن يؤدى إلى أعراض جسمية تستثير الهلع . أخيراً ، فأن تعرض المرضى للأحاسيس أو المواقف المرتبطة بالهلع أو المثيرة للخوف أثناء تشجيعهم على قبول هذه الخبرات بدون استخدام استراتيجيات التجنب طرائق مفيدة جداً فى علاج الهلع .

إن أنواع وعدد ممارسات التعرض تعتمد بشكل كبير على مستوى تجنب المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة . إذا ما أعلن المرضى عن مستوى مرتفع من تجنب المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة ، فإن التعرضات الموقفية هى المكونات الأكثر منفعة فى العلاج .

أما إذا كان مستوى تجنب المخاوف المرضية عن الأماكن الشاغرة منخفضاً ، فإن تدريبات التعرض تركز على الأنشطة والمواقف التى تستثير الأعراض الجسمية المخيفة . يمكن ان تشتمل البروتوكولات الجديدة أيضاً على الاستراتيجيات التى تقوم على التقبل acceptance-based strategies . هذه الاستراتيجيات نلخصّها فى الشكل (9) وسوف نشرحها تفصيلياً لاحقاً.



الشكل (9) استراتيجيات للهلع المستهدف

التربية النفسية

نوبات الهلع خبرات مرعبة للغاية . من الطبيعى أن يحاول المرضى تفسير هذه الظواهر التى ليس لها تفسير حتى بعد الاختبارات الطبية السالبة المتكررة ، غالباً ما يفترض المرضى أن

هذه النوبات علامة أو عرض لمشكلة صحية طبية خطيرة هناك خطوة علاجية رئسية فعالة للغاية ألا وهى تعليم الأفراد المرضى عن طبعية نوبات الهلع .

يندهش المرضى فى الغالب من معرفة أن عدداً كبيراً من الناس يعانون من نفس المشكلة ، وان نوبات الهلع ليست مختلفة من الناحية الكيفية عن الخوف المفرط عند مجابهة خطر حقيقى ، وأن هذه النوبات بالفعل جزء من نظام استجابة تكيفى إرتقائى وهو يطلق عليه الشجار – الفرار ، والذى يعمل من أجل حماية الفرد . الاختلاف عن أحداث الخوف الطبيعى التكيفى الذى نمر به عند مواجهة مواقف خطيرة مثل التواجد فى مكان قريب من وقوع حادث سيارة – يتمثل فى أن نوبات الهلع تحدث لا لسبب معروف.

لذا ، من الممكن اعتبار نوبات الهلع منبهات خاطئة لنظام الاستجابة البيولوجية لدينا (الشجار – الفرار) . بدلاً من ذلك ، فإنها تكيفية ووقائية لأنها تعمل على تحريك وتنشيط العضو . هذه المناقشة عن طبيعة نوبات الهلع تجعل الخبرة طبيعية ، وتُقدم أرضية عمل لاستكشاف وجهات النظر البديلة . ولكى ما نزيل الحيرة من خبرة الهلع ،فمن الممكن أن تُقدم المعلومات الآتية عن طبيعة الهلع ، واضطرابات الهلع .

مثال عيادى : التربية النفسية عن الهلع

اضطراب الهلع حالة يمر فيها الناس بخبرة الخوف الشديد أو عدم الراحة مع عدم وجود سبب واضح لذلك . عندما يتجنب الناس المواقف أو الأنشطة بسبب هذه النوبات ، يتم تقديم تشخيص اضطراب الهلع مع المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة .

اضطراب الهلع ، والمخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة مشكلات شائعة . على الرغم من أن نوبات الهلع هذه مخيفة للغاية ، إلا أنها ليست خطيرة على صحتك الجسمية . هذا لا يوحى بأن نوبات الهلع التى تمر بها ليست حقيقية ، فى حقيقية تماماً ، وأنت تعانى من مشكلة حقيقية ومع ذلك ، يمكن القول بأن هذه النوبات لا تسبب لك أى ضرر جسمى ويمكن علاجها بفاعلية من خلال تدخل سيكولوجى معين يطلق عليه العلاج المعرفى السلوكى .

قبل مناقشة أساليب العلاج ، ينبغى أن تعرف شيئاً ما عن هذه النوبات . أولاً نوبات الهلع

شائعة . فى الحقيقة ، كل إنسان يعرف أن هذه النوبات مألوفة لأن كل منا قد مرّ بأحداث من الخوف الشديد. عادة ما تحدث نوبات القلق هذه عندما نتوقع حدوث خطر . على سبيل المثال ، تخيل نفسك تقود سيارة على طريق سريع في اتجاه الشمال ، وفجأة ضغط سائق السيارة التى أمامك على الفرامل ، رأيت أنت إشارة الفرامل ، وقمت بالضغط على الفرامل ، وصدمت بالسيارة .

وكذلك فعلت السيارة التى خلفك . أنت والسيارتان الأخرتان وقعتم فى حادث سيئ جداً . من المحتمل بشكل كبير أنك سوف تمر بخبرة قلق شديد . ربما يصبح تنفسك أسرع وأثقل ، ربما تشعر بالاختناق ، ربما أسرعت ضربات قلبك ، وربما عرقت يداك بغزارة . هذه فى أعراض الخوف الشديد ، كما انك تمر بخبرة هذه الأعراض لأنك اصطدمت بالشخص الذى أمامك . هذه المشاعر عادية وتكيفية ، وصممتها الطبيعة الأم لإعداد أجسامنا للفعل من أجل تجنب الخطر .

هذه المشاعر لها وظيفة بقاء هامة لأسلافنا الذين كانت لديهم الحاجة للهروب أو محاربة الأعداء . فى حالة اضطراب الهلع ، فإن هذه الأحداث تقع بدون أى سبب واضح ، وهذا يعنى أنها ليست حقيقية ومع ذلك ، من الأهمية بمكان إدراك أن نوبات القلق هذه ليست مختلفة من الناحية الكيفية عن نوبات الخوف استجابة لتهديد حقيقى . فى حالة نوبات الهلع ، فإن الإلماعات التى تستثير نوبات الخوف دقيقة واقل وضوحاً ولكنها ليست مختلفة من الناحية الكيفية عن الأحداث الأخرى ذات الخوف الشديد . ومن أحد أهم أهداف العلاج هو معرفة علة حدوث هذه النوبات بشكل متكرر .

❖ تعديل الانتباه والمواقف

يُنظر إلى نوبات الهلع على أنها أتت بشكل غير متوقع ، وتحدث بدون سبب واضح . ومع ذلك ، عندما يطلب من المرضى مراقبة الزمان ، والمكان ، والنتائج الخاصة بهذه النوبات ، تصبح النماذج واضحة فى الغالب . على سبيل المثال ، لاحظت سارة أن نوباتها كانت تحدث عندما كانت تمر بعدم الاستقرار الانفعالي .

فى الحقيقة ، كانت تحدث هذه النوبات بعد نقاشات بينها وبين زوجها . إن معرفة هذا يقلل من طبيعة هذه النوبات ، ويعطى سارة الفرصة للتحكم فيها . كما أعلنت سارة عن أنها

كانت تشعر بعدم الراحة (القلق الشديد) أثناء درس اليوجا لأنها لا تحب التركيز على جسمها . فقد وجدت أن التركيز الشديد على ضربات القلب والتنفس من الممكن أن يستثير نوبة الهلع .

مرة أخرى ، إن معرفة إمكانية حدوث نوبات الهلع بتركيز الانتباه على أعراض معينة أعطى سارة الشعور بالتحكم ، وجعل من الممكن التنبؤ بالنوبات وقلل من القلق بشأن هذه النوبات . بالإضافة إلى ذلك ، إن الرفع من حب الأستطلاع بشان خبرة ما ممكن أن يساعد فى التقليل من الخوف من هذه الخبرة .

❖ إعادة التدريب على النفس

كثير من مرضى الهلع لديهم فرط التنفس ، لذا ، تفترض بعض النظريات أن عدم السواء فى التنفس ، وفرط التنفس يسببان أعراض الهلع (Klein, 1993,Ley ,1985) على سبيل المثال ، افتراض ليى Ley (1985) أن فرط التنفس المزمن يؤدى إلى الهلع ، وافتراض كلين Klein (1993) أن الهلع هو نتاج نظام الاستجابة المنبهة للاختناق الحساس .

لذا ، فإن تدريبات التنفس مكون مألوف للتدخلات النفسية . هناك بعض الدراسات الحديثة التى تؤدى الإسهام الفريد لإعادة تدريبات التنفس فى علاج اضطراب الهلع (Meuret et al ,2010) .

ينتج عن التنفس تبادل الأكسجين وغاز ثانى أكسيد الكربون ، والجسم تحديداً حساس للمستويات المتغيرة من ثانى أكسيد الكربون . ونتيجة لفرط التنفس ، يصبح الدم قلوى (وليس حمضى) ، وتنكمش الأوعية الدموية ، وتنقص نسبة الأكسوجين المحمول عبر الدم إلى الأنسجة ، بما فى ذلك المخ ، الأمر الذى يؤدى إلى أعراض فرط التنفس مثل الدوّار ، الدوخة ، الإغماء ، والشعور بفقدان الوعى.

مثال عيادى : تعليمات التنفس

الطريقة التى تتنفس بها لها تأثير مباشر على جسمك . تحديداً ، من الممكن لفرط التنفس إثارة نوبات الهلع أو جعلها أكثر سوءً . قد تعانى من فرط التنفس إذا ما تنفست (شهيقاً أو زفيراً) بعمق شديد ، وبسرعة شديدة .

فالشهيق يدخل الأكسجين إلى جسمك ويخرج منه ثانى أكسيد الكربون . فعندما تفرط فى التنفس ، يعنى ذلك أنك تدخل إلى جسمك كمية من الأكسوجين أكثر مما تحتاج إليه ، والنتيجة هى أن يقوم جسمك بتعويض هذا التغيير حيث ينقل أكسوجين أقل إلى الأجزاء المختلفة من جسمك ، بما فيها بعض مناطق المخ ، هذا بدوره يستثير عدداً من الميكانيزمات البيولوجية الآلية التى تؤدى إلى الإحساس بفرط التنفس مثل : التقلب ، العرق ، الدوّار ، والإحساس بفقدان الوعى (الإحساس بأنك فى حالة تشبه الحلم ، وهذا ليس حقيقى) .

عندما تتوقف عن فرط التنفس ، فإن هذه الأعراض تتناقص بسرعة يعود إلى طبيعته . بعض الناس لديهم طريقة غير صحيحة للتنفس ، فهم يتنفسون بصعوبة شديدة ، وبعمق شديد ، وبكثرة شديدة ، وبشكل غير منتظم ، وهذا بدوره من الممكن أن يستثير نوبة الهلع أو تجعله أسوء فى موقف ما . كما أن بعض الناس يتنفسون عادة بهذه الطريقة غير الصحيحة . وهذا يمكن أن يجعل من المحتمل بشكل كبير حدوث تغيرات بسيطة فى جسمك ، وقد يستثير نوبات الهلع .

لكى تدرب نفسك على التنفس بطريقة صحيحة استقطع من وقتك عشر دقائق كل يوم . اجلس مسترخياً على كرسى ، ضع يدك اليمنى على صدرك ، ويدك اليسرى على بطنك . لاحظ كيف تتحرك يداك . الطريقة الصحيحة للتنفس تجعل يدك اليمنى التى على صدرك تبقى كما هى ، فى حين يدك اليسرى التى على بطنك ترتفع ، وتنخفض . تنفس ببطء ، وبرفق ، وتنجب التنفس العميق . أمسك نفسك لمدة ثانية قبل التنفس . لو أن هذا التدريب ممل ، استمع إلى بعض القطع الموسيقى وأنت تقوم بأدائه.

إعادة البناء المعرفى

كثير من المعارف اللاتكيفية لدى المرضى ذوى اضطراب الهلع عبارة عن مفاهيم مغلوطة بسبب الخطأ المعرفى الذى يتعلق بسوء تقدير الاحتمالية (سوء تقدير حدث غير محتمل وغير مرغوب فيه) ، والتفكير الكوارثى (وضع الأمور فى غير نصابها الحقيقى) . سوف نناقش التفكير الكوارثى فى الفصل الخامس ، أما هنا ، فسوف نناقش سوء تقدير الاحتمالية بشئ من التفصيل .

أثناء إعادة البناء المعرفى ، يتم معاملة الأفكار اللاتكيفية لدى المرضى على أنها فروض. يتم تشجيع المرضى على أن يكونوا ملاحظين موضوعيين ، ويستكشفون – مثل العلماء – طبيعة القلق لديهم بهدف إيجاد استراتيجيات فعالة للتعامل معه . لكى يحدد و يتحدى الأفكار اللاتكيفية ، لابد لكل من المعالج النفسى والمريض مناقشة الأدلة – بشكل نقدى – على أو ضد افتراض معين من خلال الحوار (أو الحوار السقراطي) . ويتم هذا من خلال استخدام معلومات من الخبرات السابقة للمريض (مثلاً : ما الاحتمالية بناءً على خبراتك السابقة ؟) .

الهدف من هذه المناقشة هو تصويب المعارف اللاتكيفية . ينبغى على المعالج النفسى – متى كان ذلك ممكناً – أن يستكشف الطرائق لاختبار صدق هذه الأفكار بتشجيع المرضى على سبيل المثال – على عرض أنفسهم على الأنشطة أو المواقف المخيفة أو التى يمكن تجنبها . المثال التالى للحوار الذى جرى بين سارة والمعالج النفسى يوضح طريقة الاستجواب السقراطى للكشف عن سوء تقدير الاحتمالية :

مثال عيادى : سوء تقدير الاحتمالية

المعالج النفسى : ماذا يحدث عندما تشعرين بهذه الأعراض ؟

سارة : أصبح خائفة جداً

المعالج النفسى : لماذا تخافين بالضبط ؟

سارة : أعتقد أن هناك شئ ما معيب فى ، أشعر بانى قد أُصاب بصدمة قلبية.

المعالج النفسى :لماذا تعتقدين أن هذه الأعراض تسببها الصدمة القلبية ؟

سارة : لأنها هى نفس أعراض الصدمة القلبية

المعالج النفسى : هل حدثت لك صدمة قلبية من قبل ؟

سارة : لا ، قال لى الطبيب أنى على خير ما يرام .

المعالج النفسى : إذاً ، كيف عرفت أنها نفس أعراض الصدمة القلبية ؟

سارة : (تضحك) أعتقد لا أعرف . ولكن أخاف أن تكون كذلك .

المعالج النفسى : إذاً ، أنت تعتقدين أن هذه الأعراض مرتبطة بحالة طبية .

كيف تقدرين احتمالية ارتباط هذه الأعراض بمشكلة قلبية مستخدمة مقياس من صفر – 100 ؟

سارة : أعلم أن الطبيب لم يجد أى شئ ، إذاً ، أعطى لها تقدير40 ٪

المعالج النفسى : إذاً أنت تقولين أن هناك 40٪ فرصة أن يكون لديك صدمة قلبية عندما تمرين بخبرة أعراض سرعة ضربات القلب ، ألم فى الصدر ، وضيق التنفس.

سارة : اعتقد ذلك .

المعالج النفسى : للمراجعة فقط ، احتمالية 40٪ تعنى انك تقولين أن أربع مرات من كل عشر مرات ، تمرين فيها بهذه الأعراض لأن لديك صدمة قلبية . دعينا نجد دليلاً على هذا الافتراض بناءً على خبرتك السابقة . كم مرة مررت بها بنوبات الهلع فى حياتك الماضية ؟

سارة : من 50- 60مرة

المعالج النفسى : وهو كذلك ، إذاً وفقاً لتقديراتك ، كان ينبغى أن تصابى بعشرين صدمة قلبية الى الآن لأن 4٪ من 50٪ هى 20 . ولكن كم مرة أصبت فيها بصدمة قلبية بالفعل ؟

سارة : (مبتسمة) ولا مرة .

المعالج النفسى : جميل . إلى أى مدى ترين دقة تقديراتك لاحتمالية ارتباط هذه الأعراض بالصدمة القلبية بناءً على خبرتك الماضية ؟

سارة : اعتقد أقل من 40٪ .

المعالج النفسى : انا موافق . لو استخدمنا الخبرة السابقة ،سوف تكون صفر على 50 = صفر٪ ، صح ؟

سارة : صح .

المعالج النفسى : إذاً ، لماذا لا نترك هذا الأمر من الآن . أريد منك أن تقدرى احتمالية

موتك بصدمة قلبية فى بداية كل أسبوع ، وبعدما تصابين بالنوبة ، أريد منك أن تكتبى إلى أى مدى كان هناك احتمال أن تنتهي إلى صدمة قلبية باستخدام مقياس من صفر (غير محتمل تماماً) إلى 100 (محتمل جداً) . لكى ما نجرب هذه النوبات ونختبرها ، أقترح أن تقحمى نفسك فى مواقف تجعل من المحتمل حدوث هذه النوبات . ما رأيك ؟

التعرض

التعرض إستراتيجية تدخل فعالة بشكل كبير فى معالجة اضطرابات القلق (أنظر الفصل الثالث لمراجعة التعليمات العامة للتعرض) . قبل إجراء ممارسات التدخل ، ينبغى أن يحدد المعالج النفسى الإلماعات المثيرة للخوف فى حالة اضطراب الهلع ، فإن الإلماعات – غالياً – هى الأعراض الجسمية ، وفى حالة المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة ، فإن الإلماعات هى المثيرات الموقفية .

قبل إجراء ممارسات التعرض ، ينبغى أن يكون لدى المعالج النفسى فهماً جيداً عن المواقف التى تستثير الخوف والتجنب لدى المريض . من المفيد سؤال المريض تقدير كم الخوف والتجنب (مثلاً : على مقياس من صفر – 100) . على سبيل المثال ، وفقاً للنموذج المعروض فى الشكل (8) ، فإن سارة تخطئ تفسير سرعة ضربات القلب لديها على أنها صدمة قلبية متوقفة ، مما يؤدى إلى نوبة هلع ، وينتج عن ذلك سلوكيات التجنب .

- التعرض للأحاسيس الجسمية : تشعر سارة بالتوتر وعدم الراحة عندما تشعر بأن قلبها يضرب بسرعة ، ونتيجة لذلك ، فإنها تتجنب التدريب الجسمى . مع الاستكشاف ، أعلنت سارة أنها تتجنب أيضاً مواقف أخرى تستميل الأعراض الجسمية القوية ، بما فى ذلك ، الذهاب إلى الحمام البخارى (بسبب الشعور بالاختناق) ، وشرب القهوة (بسبب الاستثارة التى تستميل الكوفيين) . فى حالة سارة ، يمكن استمالة بعض الأحاسيس المخيفة فى مكتب المعالج النفسى . تشتمل بعض الأمثلة على : إمساك النفس (لاستمالة الشعور بضيق النفس والاختناق) ، التنفس من خلال أنبوبة ضيقة (لاستمالة الشعور بالاختناق) ، الدوران السريع (لاستمالة الدوخة) ، التحديق فى إضاءة شديدة ثم محاولة القراءة

(مشاعر الغياب عن الواقع) ، والإفراط فى التنفس بالطبع . إن تكرار التعرض لهذه التدريبات (مثلاً الإفراط فى التنفس لمدة دقيقة ثلاث مرات فى اليوم) يمكن أن يؤدى إلى تناقص ملحوظ فى خوف المريض من أحاسيس معينة . هناك تدريبات أخرى وتشتمل على مشاهدة مقطع فيديو مروع .

- التعرض للمواقف التى تستثير المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة : إن التعرض هو الإستراتيجية الوحيدة الأكثر فعالية فى استهداف تجنب المخاوف المرضية من الأماكن الشاغرة . أحد أكثر المظاهر تحديداً فى هذا العلاج هو دفع المرضى للانخراط فى أنشطة مخيفة بدون استخدام أى استراتيجيات للتجنب . لهذا السبب ، فإن من الأهمية بمكان أن يفهم المريض سبب مواجهة مخاوفه الأكثر سوءً . تعرض فيما يأتى مثالاً على كيف يكون المعالج النفسى الماهر قادراً على استثارة دافعية المريض للانحراف فى هذه التدريبات غير السارة ، كما أن هذا المثال يوضح ماذا نقصد بمصطلح التجنب " .

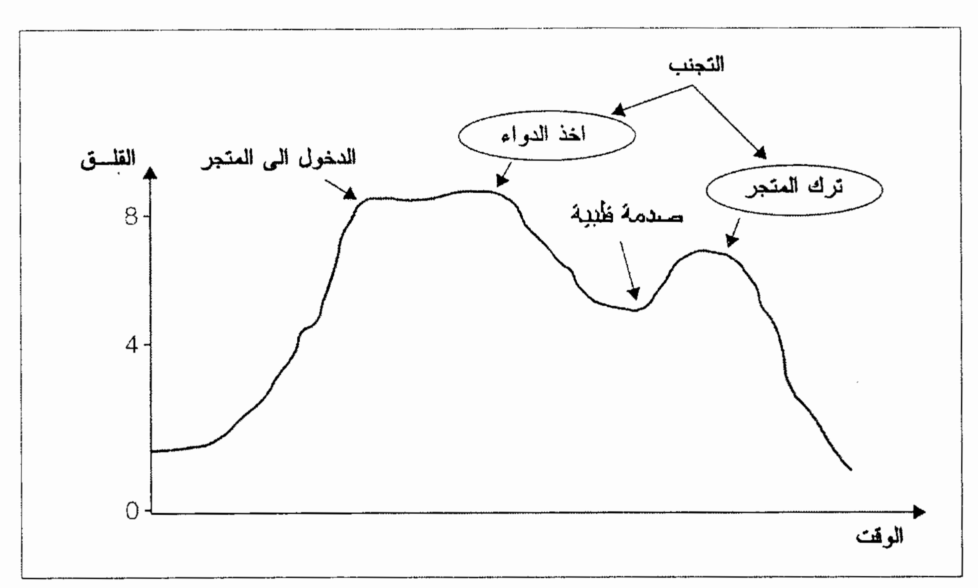
مثال عيادى : تعريف التجنب

أنت تمر بخبرة القلق فى العديد من المواقف التى تستثير القلق لدى الأفراد الآخرين . نظراً لأن مواقف معينة تجعلك متوتراً وقلقاً ، فإنك إما تهرب من هذه المواقف بأسرع طريقة ، أو تتجنب الدخول فى هذه المواقف حتى لا تمر بخبرة القلق . اليوم ، أود أن أناقش المظاهر الايجابية والسلبية للتجنب . مصطلح " التجنب " عادة ما يعنى " عدم فعل شئ ما " ومع ذلك ، سوف نستخدم مصطلح " التجنب" بشكل أكثر عمومية . هيا بنا نعرف التجنب كأى نوع من السلوك يمنعك من مواجهة الخوف . يشتمل هذا على : الخروج من الموقف ، عدم الدخول في الموقف ، أخذ أقراص ، شرب الكحول ، محاولة جعل نفسك شارد الذهن ، الإبقاء على صديق أو شريك حياتك بجوارك . لذا يمكن أن تكون سلوكيات التجنب إيجابية (الخروج من الموقف) ، أو سلبية (عدم دخول الموقف) .

للتجنب نتيجتان : نتيجة ايجابية قصيرة المدى ، ونتيجة سلبية طويلة المدى . دعونى اقدم لكم مثالاً يوضح النتائج الإيجابية قصيرة المدى للتجنب المحور (x) يشير الى الوقت (الأحداث) ، والمحور(y) يشير الى مستوى القلق لديك (صفر - 10) .

من فضلك عين قلقك لتوضح إلى أى مدى تكون قلقاً عند نقاط معينة فى الوقت (مثلاً أثناء الحدث الأول ، الأسوأ والأكثر حداثة) ، واكتب أى شئ قمت به أو حدث ، تسبب فى

خفض القلق لديك (مثلاً : اخذ أدوية ، سلوكيات أو إشارات الأمان ، شرود الذهن) . الشكل (10) يبين أمثلة على سلوكيات التجنب .
ان استراتيجيات التجنب لا تمحو دائماً القلق ، إلا أنها تخفض من القلق إلى مستوى يمكن تحمله . ربما لاحظت أيضاً أنه عند نقطة معينة ازداد قلقك حتى قبل دخولك إلى الموقف المخيف . هذه الزيادة الاولية فى القلق يطلق عليها " القلق المتوقع " وهو نتيجة أخرى لسلوك التجنب .



الشكل (10) مثال على سلوكيات التجنب

متى تم تحديد مفهوم التجنب بوضوح ، ينبغى على المعالج النفسى أن يقدم فكرة أن التجنب يرتبط بالنتائج الايجابية قصيرة المدى وليست النتائج السلبية طويلة المدى .من الأهمية بمكان عدم صرف محاولات المريض لاستخدام استراتيجيات التجنب ،وافتراض أن المريض على وعى جيد بالنواتج السالبة لاستراتيجيات المجابهة اللاتكيفية هذه . كما أوضحنا فى الفصل الثانى ،ليس من الضرورى أن يغير الأفراد من السلوكيات الإشكالية أو يقوموا بمحوها حتى لو كانوا على وعى بطبيعتها اللاتكيفية . يتقدم المرضى عبر مراحل التغيير

.وعى الفرد بنواتج السلوك حالة ضرورية ولكن ليست كافية لتعزيز التغير السلوكى الدائم .

ولكى يحدث التغير السلوكى ،يحتاج المريض إلى أن يكون على وعى تام بالنواتج طويلة المدى للسلوكيات اللاتكيفية ، كما أنه فى حاجة إلى إدراك أن هذه النواتج اللاتكيفية أكثر إشكالية من النواتج السالبة قصيرة المدى لتدريبات التعرض .

العلاج النفسى بالتعرض مؤلف للمريض .أما التعرض المندرج (الانتقال البطيء عبر سلسلة التعرض)،فمن الممكن أن يزيد من احتمالية التساقط لأن كل خبرة ناجحة تصبغ بصيغة الرعب من مواجهة المواقف المفزع . لذا ،فإن بعض المعالجين النفسيين يفضلون التعرضات الكبيرة الموجزة غير التدريجية . كجزء من التعرضات الكبيرة ، ينخرط المرضى كل يوم لمدة أربع أو ست ساعات لفترة ثلاثة إلى خمسة أيام فى تدريبات التعرض الكبير غير التدريجى لا يبدأ بالمواقف السهلة أولاً (الموقف الأقل إثارة للخوف). بدلاً من ذلك ،فإن التعرضات الأولى هى تلك التعرضات التى تستميل درجة كبيرة من الخوف .

يُنصح باختبار تلك التدريبات كتعرضات أولية – التى تقدم مساحة قليلة للتجنب . على سبيل المثال ركوب المصعد ،أو القطار ، أو الطائرة مناسب عن قيادة السيارة ، أو الوقوف فى صف لأن الإلماعات التى تستميل القلق تكون تحت سيطرة المعالج النفسى بشكل كبير ، وأقل عرضه لمعالجة المريض .

إذا قرر المعالج النفسى إجراء التعرض الكبير غير التدريجى ، فمن المنصوح به عدم مناقشة مواقف معينة إلا قبل دخول المريض – بفترة قصيرة –إلى هذه المواقف تحت توجيه المعالج النفسى . ثم بعد ذلك يخبر المريض بأنه سوف تقدم له تعليمات قبل جلسة التعرض بقليل من أجل التقليل من القلق المتوقع .

نظراً لأن هذا يتطلب جهد كبير ، و "قفزة أو إيمان" من جانب المريض ، من الأهمية بمكان أن يتخذ المريض قراراً يؤدى إلى تعهد بالخضوع للعلاج .عادة ما يقوم بعض المعالجين النفسيين بإعطاء المريض على الأقل ثلاثة أيام للتفكير فى الأمر ، وغالباً ما يرتبون لاتصال تليفونى بعد الثلاثة أيام لاتخاذ القرار ما إذا كان المريض سيخضع للعلاج أم لا . هذه الإستراتيجية ينتج عنها معدل منخفض جداً من الرفض (أنظر الفصل الثانى فيما يتعلق بالاستراتيجيات الدافعية) .

الدعم التجريبى

المقالة التى كتبها كلارك Clark (1986) هى المقالة النظرية الموجزة التى أصبحت ثانى أكثر المقالات ذكراً فى مجال علم النفس ككل ، من بين 50000 مقالة كتبت ونشرت ما بين عام 1986- إلى عام 1990 (Garfield , 1992) .من بين المؤيدين البارزين للنموذج بيك & إميرى Beck &Emery (1985) ،بارلو Barlow (1988) ،ومارجراف ورفاقه Margraf etal (1993) . أوضحت عدد من الدراسات فعالية بروتوكولات العلاج المعرفى السلوكى فى التجارب المضبوطة العشوائية (Hoffman &Smits , 2008) أكبر تجربة علاجية قارنت العلاج المعرفى السلوكى ، بمضاد للاكتئاب ، وتناول الدواء إرضاءً للمريض ،وائتلاف العلاج المعرفى السلوكى مع مضاد الاكتئاب أو تناول الدواء إرضاءً للمريض (Barlow et al ,2000) .

تم تقسيم 312 مريضاً من مرضى اضطراب الهلع ،لديهم أيضاً مخاوف مرضية من الأماكن الشاغرة تتراوح بين طفيفة إلى متوسطة –إلى مجموعة العقار مضاد للاكتئاب ، العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة إلى العقار، العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة إلى تناول الدواء إرضاءً للمريض ، أو تناول الدواء إرضاءً للمريض فقط .
تم علاج المرضى أسبوعيا لمدة ثلاثة أشهر بالإضافة إلى ذلك ، تم متابعة المرضى شهرياً لمدة ستة أشهر،ثم تم متابعتهم لمدة ستة أشهر أخرى بعد توقف العلاج . أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المزاوجة بين العقار المضاد للاكتئاب والعلاج المعرفى السلوكى كانت له ميزة محدودة ، ولكن ميزة قوية على المدى البعيد : كما كان العلاج النفسى ، والعقار المضاد للاكتئاب متفوقين على أخذ العلاج إرضاءً للمريض فى بعض المقاييس لمرحلة العلاج الحادة ، كما كانوا واضحين بعد ستة أشهر من جلسات المتابعة الشهرية.
ومع ذلك ، كان من المحتمل أن يحتفظ الأفراد بمكاسب العلاج – بعد ستة أشهر من التوقف عن العلاج – إذا تلقوا العلاج المعرفى السلوكى وحده أو مع تناول الأقراص الدوائية

إرضاءً للمريض . الأفراد الذين تلقوا العقار المضاد للاكتئاب كانوا عرضه للانتكاسة أكثر من غيرهم . الشئ المدهش أن أكثر من ثلث المرضى رفضوا المشاركة فى الدراسة لعدم رغبتهم فى تناول العقار المضاد للاكتئاب .

وعلى النقيض فإن واحد من كل 300 مشارك رفض الدراسة بسبب احتمالية تلقى علاجاً نفسياص(Hofmann et al,.1998) . تم الحصول على نتائج مشابهة مع بروتوكول العلاج المعرفى السلوكى الذى يركز على إعادة البناء المعرفى .

على سبيل المثال ، قارنت دراسة قام بها كلارك ورفاقه العلاج المعرفى السلوكى ، الاسترخاء التطبيقى ، العقار المضاد للاكتئاب ، والمجموعة الضابطة . بعد العلاج / تخلص 75٪ من مرضى العلاج المعرفى السلوكى من الهلع ، مقارنة بـ 70٪ فى حالة العقار المضاد للاكتئاب ، 40٪ فى حالة الاسترخاء التطبيقي ، و 7٪ فى الحالة الضابطة .

تفوق العلاج المعرفى السلوكى على المجموعة الضابطة فى كل مقاييس القلق والهلع ، فى حين كان العقار المضاد للاكتئاب أفضل من المجموعة الضابطة فى ما يقرب من نصف المقاييس . بعد فترة متابعة قدرها تسعة أشهر ، بعد التوقف عن العقار المضاد للاكتئاب ، أصبحت معدلات التخلص من الهلع كما يأتى : 85٪ للعلاج المعرفى السلوكى ، 60٪ للعقار المضاد للاكتئاب ، و47٪ للاسترخاء التطبيقي .

هذه النتائج تتفق مع التحليل البعدى لدراسات نواتج العلاج التى استخدمت التعرض الموقفى ، مما يشير إلى أن 60- 75٪ من الأفراد الذين استكملوا العلاج يمرون بخبرة التحسن العيادى مع مكاسب علاجية دقيقة فى متابعات العلاج .

إن تلقى العلاج المعرفى السلوكى لاضطراب الهلع يختلف بشكل طفيف ، بناءً على التجربة العيادية المحددة . على الرغم من أن كل بروتوكولات العلاج تقوم على نفس القاعدة العلاجية الأساسية ، إلا أنها تتباين فى عدد جلسات العلاج ، طول العلاج ، والتأكيد على مكونات علاجية معينة (مثل عدد ونوع التعرضات) .

الفصل الخامس

مقاومة اضطراب القلق الاجتماعي

خجل سيمور

سيمور عامل فى البريد ، يبلغ من العمر 50 عاماً ، ومازال لم يتزوج . قرر سيمور مؤخراً الذهاب إلى المعالج النفسى بسبب خجله واكتئابه المفرط أثناء المقابلة الشخصية التشخيصية ، أخبر سيمور المعالج النفسى أنه يعانى دائماً من الخجل ، كما أنه يشعر بالاكتئاب . بالاضافة إلى ذلك ، أخبر سيمور المعالج النفسى أنه لا يستطيع تذكر الشعور بالراحة فى المواقف الاجتماعية .

حتى فى المدرسة ، كان يشعر بأن عقله أصبح فارغاً (صفحة بيضاء) عندما يطلب منه أحد التحدث أمام مجموعة من أصدقاء الوالدين . كان سيمور يتجنب الذهاب إلى حفلات عيد الميلاد والتجمعات الاجتماعية الأخرى ، وإن ذهب إلى هناك ، يظل صامتاً هادئاً . كان سيمور طفلاً وديعاً فى المدرسة ، وكان يجيب على الأسئلة فى الفصل فقط عِندما يكتبها مسبقاً ، وحتى مع هذا الأسلوب ، كان يتمتم ، وغير قادر على الإجابة بوضوح . كان يلتقى مع الأطفال الجدد وعينة تنظر إلى الأرض ، خوفاً من أن يضحكوا عليه أو يهزءوا به .

عندما كبر سيمور ، كان أصدقاؤه قليلين . كان سيمور جيد المستوى فى المدرسة ، ما عدا فى المواد التى تتطلب المشاركة داخل حجرة الدراسة . كمراهق ، كان سيمور قلق فى التفاعلات مع الجنس الآخر .

على الرغم من رغبته فى أن تكون له علاقة مع فتاة ، إلا أنه لم يحظى بموعد مع فتاة خوفاً من الرفض . التحق سيمور بالجامعة ، وكان أداؤه جيداً ، ولكن عندما طلب منه تقديم عروض شفهية فى دروسه الجامعية ، امتنع عن الحضور وفى النهاية توقف عن الذهاب للجامعة . بعد ذلك بسنوات قليلة ، وجد صعوبة الشخصية الخاصة بالوظيفة . وفى النهاية ، وجد سيمور بعض الوظائف التى كانت تتطلب مجرد اختبار تحريرى .

منذ عدة سنوات ، عرضت عليه وظيفة فى مكتب البريد للعمل فى المناوبة الليلية . عرضت عليه العديد من الترقيات ، إلا أنه رفضها خوفاً من الضغوط الاجتماعية . أخبر سيمور المعالج النفسى أن له العديد من الأقارب فى العمل ، ولكن ليس له أصدقاء ، إنه يتجنب كل الدعوات للاجتماع مع الزملاء فى العمل بعد مناوبته.

سيمور خائف من معظم المواقف الاجتماعية ، حيث يتجنبها بكل ما يملك من قوة . إذْ لم يستطع تجنبها ، فإنه يبالغ فى الإعداد لها ، ويكتب لها قبل الدخول فيها حتى يعلمْ ما يقول . ولكن على الرغم من كل ذلك ،إلا أنه كان يشعر بالخوف الشديد عند مواجهة المواقف الاجتماعية .

غالباً ماكان يراقب ويلاحظ نفسه فى المواقف الاجتماعية ، ويشعر بالتقزز من عدم كفاءته . فكان يشعر بعدم القدرة على التعامل مع المواقف الاجتماعية ، وكان يشعر أن القلق لديه خارج السيطرة ، ثم تناول أحاسيس جسمية مثل سرعة ضربات القلب ،وعرق اليدين ، والارتجاف.

كان سيمور يحاول التحكم فى القلق لديه فى المواقف الاجتماعية عن طريق الأدوية الطبية ، ومع ذلك كان لا يحب فكرة أخذ الأدوية الطبية .

التعريف بالاضطراب

اضطراب القلق الإجتماعى Social Anxiety Disorder (يُعرف أيضاً بالفوبيا الاجتماعية) حالة يتم فيها تشخيصها على أنها حالة مرضية .تشير الدراسات فى مجال علم الأمراض أن معدلات الانتشار بين 7٪إلى 12٪ فى البلاد الغربية .هذا الاضطراب يؤثر على الإناث والذكور على حد سواء ، يبدأ هذا الاضطراب غالباً فى منتصف المراهقة ، كما أنه قد يبدأ فى مرحلة الطفولة ، يكون اضطراب القلق الاجتماعي مصحوباً باضطراب فرط القلق Overanxious disorder ، الرفض المدرسى ،البكم ، قلق الانفصال ، والخجل الشديد .

وإذا لم يتم علاج هذا الاضطراب فإنه يصير مزمنا ،ويؤدى إلى اضطرابات قوية فى الأداء الاجتماعي والمهنى .هناك العديد من المواقف الاجتماعية التى تمثل الإلماعات للقلق الاجتماعى ، بما فى ذلك موافق الأداء مثل :التحدث ، تناول الطعام ، والكتابة أمام

العامة ،الدخول فى حوارات ،الذهاب الى حفلات ، وعمل لقاءات ،ولقاء الغرباء ، أو التعامل مع الشخصيات المسئولة .عندما ترتبط مخاوف الفرد بمعظم أو كل المواقف الاجتماعية ، يتم تعين نوع فرعى عام .

بالإضافة الى ذلك ، يمكن أن يلتقى الناس محور ثاني تشخيصى للاضطراب الشخصية التجنبية . نتيجة لذلك ، فإن الفئة التشخيصية للاضطراب القلق الإجتماعى Hoffman) (2004, et al .لاقى سيمور محكات التشخيص للنوع الفرعى التشخيصى لاضطراب القلق الاجتماعى واضطراب الشخصية التجنبية .

نموذج العلاج

يعتقد الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي أن العالم مكان خطير .فهم يفترضون أن عليهم ملاقاة معيار اجتماعى معين ، وذلك بالتصديق بطريقة معينة ، وأن هذا المعيار مرتفع ، وأنهم تعوزهم الكفاءة لملاقاة هذا المعيار. عندما يدخل هؤلاء الأفراد إلى موقف إجتماعى ، فإنهم يميلون الى التركيز على مناحى القصور هذه ، ولذلك يوجهون انتباههم صوب المظاهر السالبة لأنفسهم ، ونتيجة لذلك ، يخافون أن ينظر إليهم الآخرون نظرة سالبة ، ويعتقدون أن هذا سوف ينتج عنه نواتج سالبة ، طويلة المدى ، ولا يمكن تغيرها .

يعتقد سيمور — مثله فى ذلك مثل الأفراد الآخرين ذوى اضطراب القلق الاجتماعى — أن المعايير الاجتماعية صعبة المنال ، وأنه لا يملك الكفاءة التى تمكّنه من مجابهة هذا التهديد بشكل كافى .

كما أن تخصيص مصادر الانتباه للمظاهر السالبة فى نفسه ، والبعد عن المظاهر المرتبطة بالمهمة تقوّى خوفه من التقييم السالب . بالإضافة إلى ذلك ، فإنه يخاف أن التقييم السالب سوف ينتج عنه نواتج اجتماعية سالبة وطويلة المدى .

نتيجة هذه المعارف اللاتكيفية ، والعمليات المعرفية اللاتكيفية . فإن سيمور يمر بخبرة استجابة الخوف التى يمكن وصفها على أنها نوبات هلع فى بعض الحالات ، وانسحاب شديد فى حالات أخرى .

ومع ذلك ، فإن ما يشبه ذلك هو أعراض مثل الهلع تشتمل على سرعة ضربات القلب ،العرق ،الرعشة، والشعور الشديد بالخوف والقلق .على سبيل المثال .يقوم سيمور بفرط الإعداد ، ويكتب ما يريد قوله فى المواقف الاجتماعية المرتقبة ، ويتناول بعض الأدوية المهدئة .

على الرغم من أن إستراتيجيات التجنب هذه تهدئ من القلق على المدى القريب ، إلا أن لها نواتج سالبة على المدى البعيد. تتمثل النتيجة السالبة الرئيسية فى التأثر القوى على بقاء القلق الاجتماعى لديه ، بسببه إستراتيجيات التجنب ، لم تكن لدى سيمور فرصة لاختبار ما إذا كان أسوأ السيناريوهات سوف يحدث .

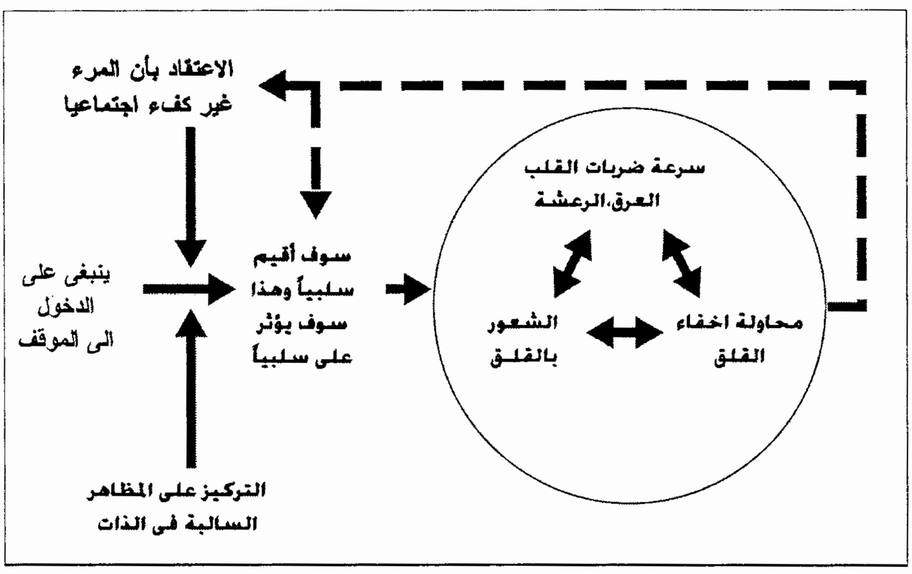
وإذا حدث ، ما هى النتائج الحقيقية المترتبة عليه. يعتقد سيمور – مثله فى ذلك مثل الأفراد الآخرين ذوى اضطراب القلق الاجتماعى – أن الحوادث الاجتماعية المؤسفة سوف تكون لها نواتج كوارثية طويلة المدى لا يمكن تغيرها . ومع ذلك ، فالحقيقة هى أن المواقف الاجتماعية عبارة عن أحداث غير ضارة .

التقييم السلبى الذى يقوم به الآخرون – إن وجد – يؤدى إلى نواتج سالبة فعلية ،وإذا فعلوا حقاً، فإن تأثيرات هذا التقييم قصيرة المدى . من الاستثناءات النادرة الأخطاء الاجتماعية الرئيسية التى تؤدى إلى الطلاق ، أو خسارة وظيفة أو صديق . ومع ذلك من الصعب تخيل أياً من هذه الأحداث المؤسفة التى تؤدى بالضرورة وبشكل موثوق به إلى هذه النتائج .

من الواضح أن المؤثر المخيف تخيلى ، وغير واقعى . فالعالم الاجتماعى من صنع الإنسان ، وقوانين هذا العالم تبين درجة من التحمل والمرونة . ومع ذلك ، لا يرى سيمور قوانين العالم على أنها مرونة ويمكن تحملها ، بل يراها جامدة وصعبة التحمل ، والتكيف معها .

أحد هذه القوانين ألا يظهر المرء القلق فى المواقف الاجتماعية . وهذا يستميل – بشكل متناقض – درجة كبيرة من القلق . نظراً لأن سيمور يمر بخبرة القلق الجسمى الشخصى القوى ، فإن الموقف يبدو مهدد نتيجة الاستدلال الوجدانى والإدراك الذاتى .

علاوة على ذلك ، غالباً ما يفكر الأفراد المرتفعون فى القلق الاجتماعى فى المواقف الاجتماعية الماضية. هذه العملية – التى يُشار إليها أيضاً على أنها التجهيز ما بعد الحدث – غالباً ما تركز على المظاهر السالبة ، وتحول الخبرات الغامضة ، أو حتى التى تبدو سارة فى البداية إلى أحداث غير سارة . وسالبة ، وهذا بدوره يعزز من الإدراك الذاتى السلبى ، والمقولات الذاتية التى تستميل القلق ، ويؤدى إلى دورة تغذية راجعة إيجابية ونظام الإبقاء الذاتى . الشكل (11) يبين القلق الاجتماعى لدى سيمور .



الشكل (11) القلق الاجتماعي لدى سيمور

إستراتيجيات العلاج

يزود العلاج النفسى الفعال المريض بمدى من الخبرات التقليدية التى تعدّل من معتقداته، فى حين يجعل التفسيرات والمعتقدات الأخرى متاحة . صاغ هوفمان(Hoffman,2007a) نموذجاً شاملاً للعلاج النفسى لاضطراب القلق الاجتماعى.هذا النموذج تم ترجمته إلى إستراتيجيات علاج معينة (Hofmann&otto,2008) . أما النماذج السابقة ، فقد أعدها

كلارك وولز(1995) Clark&Wells ، رابى & هيمبرج Raabee&Heimberg(1997).

يفترض نموذج هوفمان أن الأفراد ذوى اضطراب القلق الاجتماعى خائفون فى المواقف الاجتماعية – لأنهم يرون المعيار الاجتماعى (التوقعات والأهداف الاجتماعية) على أنه مرتفع. فهم يرغبون في التأثير فى الآخرين ، ولكن يتشككون فى مقدراتهم على عمل ذلك . قد يرجع ذلك – جزئياً إلى عدم قدرتهم على تحديد الأهداف الخاصة التى يمكن تحقيقها ، واختيار إستراتيجيات سلوكية معينة للوصول الى هذه الأهداف وتحقيقها .

وهذا يؤدى إلى مزيد من الخوف الاجتماعى ، وزيادة الانتباه الذى يركز على الذات والذى يستثير عدداً من العمليات المعرفية الإضافية . من المتوقع – متى تم إدراك الموقف على أن لديه القدرة على التقييم الاجتماعى – أن يصبح الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعى منشغلين مسبقاً بالأفكار السالبة عن أنفسهم ، والطريقة التى يراهم بها الآخرون .

من المفترض أن يحدث الانطباع السلبي –فى الغالب – فى شكل صورة من منظور "ملاحظ" ،ويرى فيه الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعى أنفسهم كما لو كان من منظور الأفضلية لشخص آخر. لذا، يفترض أن العلاج أكثر فاعلية إذا استهدف المعارف المختلفة وظيفياً بشكل مباشر ، وبشكل منظومى من خلال العلاج المعرفى السلوكى .

تتفق مع هذه الفكرة نتائج الدراسات التى توضح أن الأفراد ذوى القلق الاجتماعى يعتقدون بأن الأحداث الاجتماعية السالبة احتمالية حدوثها أكبر من احتمالية حدوث الأحداث الاجتماعية الموجب، بالإضافة إلى ذلك ، فإنهم يعتقدون بأن معظم الناس نقاد بالفطرة للآخرين ، ومن المحتمل أن يقيمونهم بشكل سلبى .

يبدو أن نظام الاعتقاد لدى الأفراد ذوى اضطراب القلق الاجتماعى يعظّم من المظاهر التنافسية للعلاقات البينشخصية ، ولكن يقلل من المظاهر التعاونية والدعمية ، ولقد أُشتق نموذج هوفمان بناءً على أدبيات كثيرة ومتناغمة (Hofmann &Otto,2008).

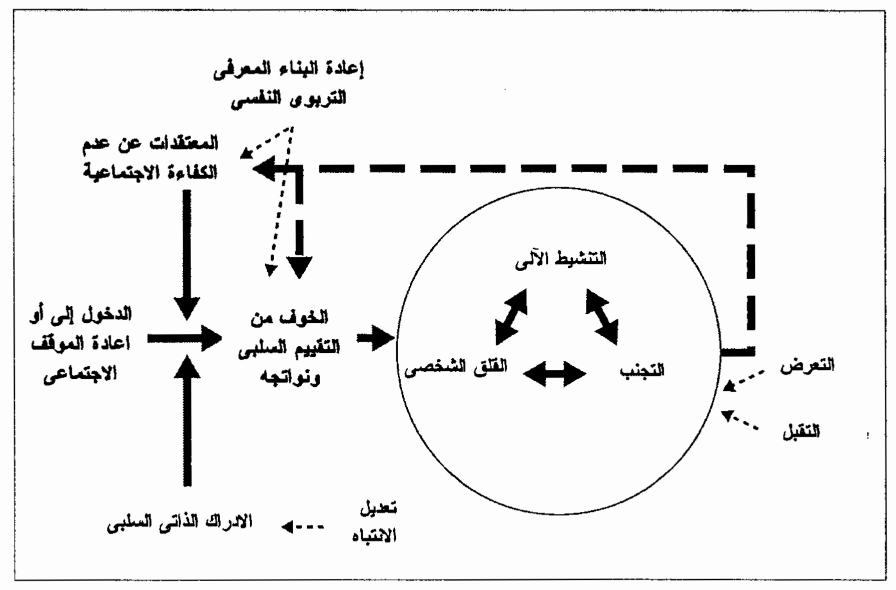
فقد حصلت إستراتيجيات التدخل الرئيسية :التربية النفسية ، تعديل السلوك ، إعادة البناء المعرفى ، وإجراءات التعرض – على درجة مرتفعة من الصدق . علاوة على ذلك ، تم دراسة الإستراتيجيات التى تقوم على التقبل وأظهرت نتائج واعدة (Darymple& Herbert,2007).

كما أوضحنا سابقاً ، فإن اضطراب القلق الاجتماعى اضطراب متغاير العناصر، من حيث أنواع وعدد المواقف المخيفة والمشكلات الأخرى التى قد ترتبط بالقلق الاجتماعى مثل الإدراك الذاتي ، والمهارات الاجتماعية ، مع ذلك ، فإن النموذج الموصوف فى الشكل (12) يمكن تطبيقه على معظم – إذ لم يكن كل – الأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة .

من الأهمية بمكان أن يفهم المرضى ويقبلون تفسير قلقهم الاجتماعى ، فالمرضى الذين يقاومون – فى البداية – فكرة قدرتهم على التغلب على القلق الاجتماعى باستخدام هذه الإستراتيجيات ، غالباً ما يذكرون أن الخجل سمة للشخصية ، وأن القلق الاجتماعى جزء من شخصيتهم ، قد يكون هذا صحيحاً ، ولكن لا يعنى أن القلق الاجتماعى سبباً فى التوتر وإفساد الحياة .

علاوة على ذلك ، فإن القلق الاجتماعى – كأي نوع من أنواع القلق – سوف يقل بعد التعرض المستمر للموقف المخيف بدون استخدام أى إستراتيجية من إستراتيجيات التجنب . فالتعرض جزء مهم من أجزاء التدخل سوف نناقشه تفصيلياً فيما يلى. بالإضافة إلى تدريبات التعرض ، فإن هناك عدداً من الإستراتيجيات الأخرى سوف تزود المريض بالفرص لتصحيح المفاهيم الخطأ ، و العزو الخطأ الذى يبقى على المشكلة . لذا فلم يُقصد من العلاج تغيير شخصية الفرد ، ولكن إعطاء المريض أساليب دقيقة للتعامل مع المواقف الاجتماعية بشكل أكثر فعالية ، وفى النهاية – التغلب على القلق فى المواقف الاجتماعية .

من المفيد توضيح الأهداف الدقيقة للعلاج والتوقعات منه فى شكل أهداف تعليمية .



الشكل (12) استراتيجيات تستهدف القلق الاجتماعي

الأهداف التعليمية

هنا ما سوف تتعلمه :

- سوف تدرك أن القلق الاجتماعي حلقه مفرغة ويمكنك وقفها .
- سوف تتعلم انك أكثر نقداً لنفسك من الآخرين ، لذا ، من الأهمية أن تصبح أكثر راحة بالطريقة التي أنت عليها (بما في ذلك عدم كفاءتك في مواقف الأداء الاجتماعي .
- سوف تتعلم كيف يكون أداؤك في الموقف الاجتماعية عندما لا تستخدم القلق كاداة قياس لأدائك الاجتماعي .
- سوف تتعلم أن شعورك بالقلق في المواقف الاجتماعية خبرة خاصة جداً . فالآخرون لا يرون سرعة ضربات قلبك ، ولا يدك وهي تعرق ، ولا قدمك وهي ترتجف .
- سوف تدرك انك تبالغ في تقدير إلى أي مدى يمكن للآخرين رؤية ما يحدث في جسمك .
- سوف تدرك أنه حتى الصدام الاجتماعي لم يكن جيداً بشكل موضوعي ، فإن هذا لا يهم . فالأحداث الاجتماعية المؤسفة عادية جداً ، حيث أنها تقع في كل وقت .

ولكن ما يجعل الأفراد مختلفين هي درجة تأثير هذه الأحداث المؤسفة (أو بشكل أفضل إمكانية الأحداث المؤسفة) على حياة الفرد .

- سوف تدرك أن أدائك الاجتماعي الحقيقي ليس بهذا السوء كما تتخيله . في الحقيقة ، هناك أناس كثيرون في هذا العالم مهاراتهم الاجتماعية أقل منك ، ولكنهم لا يعانون من القلق الاجتماعي .
- سوف تتاح لك الفرصة لتكون في مواقف اجتماعية لفترة أطول بشكل يسمح للقلق لديك أن يظهر بشكل طبيعي .
- سوف تتاح لك الفرصة لتعلم كيف تدرب نفسك بشكل دقيق قبل ، و أثناء ، وبعد الأداء الاجتماعي .

سوف تعلم أن استخدام ستراتيجيات التجنب سبب في بقاء القلق الاجتماعي ، وميله للتعميم.

تعديل الموقف والانتباه

عندما يتوقع الأفراد ذوو القلق الاجتماعي تهديداً اجتماعياً ، أو عليهم الدخول إلى الموقف الاجتماعي ، فإنهم يحوّلون انتباههم إلى المراقبة المفصّلة وملاحظة أنفسهم ، خصوصاً إلى الضعف الشخصي وعدم الكفاءة المدركة . هذا التحوّل للانتباه ينتج وعي متزايد باستجابة القلق المخيفة التي تتداخل مع تجهيز الموقف وسلوك الآخرين .

على سبيل المثال ، عندما على سيمور أن يلقى حديثاً الأسبوع الماضي، فقد انصب تركيزه على المظاهر السالبة في ذاته ، وهذا بدوره قد أدى إلى درجة كبيرة من القلق ، كما أنه صرف قدراً كبيراً من الانتباه – من أجل الأداء الاجتماعي الناجح- إلى مراقبة هذا القلق ، وهذا قد أنتج حلقة مفرغة جعلته غير قادر على السيطرة . نتيجة لهذا ، استخدم سيمور استراتيجيات سلوكية ودوائية لخفض حدة القلق . إن استراتيجيات التجنب هذه أعطته الشعور بالراحة قصير المدى ، إلا أنها لم تكن فعالة ، وضارة على المدى البعيد .

الإستراتيجية الفعالة لمنع هذه الدائرة المفرغة من التكوين في المكان الأول هي تشجيع سيمور على تركيز انتباهه على الأشياء المرتبطة بالمهمة (مثلاً: التفكير في الأسئلة التي سيطرحها

أثناء الحوار، أو التفكير في محتوى الحديث)، وليس على الأشياء المرتبطة بالخوف (مثلاً: سرعة ضربات القلب، الأفكار السالبة التي تركز على الذات).

قد يتم ذلك من خلال إعطاء معلومات لسيمور للتركيز الإرادي على المثيرات المختلفة عندما يكون في حالة القلق. على سبيل المثال، قبل إلقاء الكلمة أو الانخراط في التفاعل، من الممكن إعطاء تعليمات لسيمور لتركيز انتباهه على ما يلي:

1) نفسه وقلقه

2) مظاهر البيئة التي تسبب القلق لديه (مثلاً: الأعضاء – الحضور)

3)مظاهر البيئة التي لا تسبب القلق لدية (مثلاً:اللوح على الجدران)

4) محتوى الكلمة التي سوف يلقيها. من الأهمية ألا يستخدم سيمور اي إستراتيجية لكبح القلق (استراتيجيات التجنب). بدلاً من ذلك، يتم إعطاء تعليمات له أن يبقى في اللحظة الحالية ويلاحظ –بشكل لا يصدر فيه أحكام- كيف أن التغيرات في تركيز انتباهه تؤدي إلى تغيرات في القلق لديه بدون محاولة كبح هذا القلق.

إعادة البناء المعرفي

الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعي يبالغون في تقدير كيف يقيمونهم الآخرون سلبياً. علاوة على ذلك، غالباً ما يفكرون – قبل وبعد الحدث الاجتماعي- تفصيلياً، ويركزون بشكل رئيسي على الفشل السابق، الصور السلبية عند الذات في الموقف، والتنبؤات الأخرى بالأداء السيئ، والرفض، كما ينظر الأفراد ذوو اضطراب القلق الاجتماعي إلى أنفسهم على أنهم سجناء العالم الاجتماعي الذي يتكون من قوانين صارمة وغير واضحة. فهم مهتمون دوماً بخرق أو انتهاك الأعراف الاجتماعية، ويعتقدون أن الآخرين يتوقعون منهم ملاقاة المعايير الاجتماعية التي يصعب عليهم الوصول إليها لأنهم يشعرون بعدم الكفاءة في المهارات الاجتماعية المطلوبة، أو أنهم غير واضحين بشأن التعريف الدقيق لهذه المعايير.

إعادة البناء المعرفي فعال في الكشف عن، وتحدي، وتصحيح المعتقدات اللاتكيفية عن احتمالية النتيجة السالبة للموقف الاجتماعي، بل ونواتج هذه النتيجة.

على سبيل المثال، يخاف سيمور من التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية. معتقداته المبالغ فيها تتمثل في أن المواقف الاجتماعية خطيرة، وأنه ليست لديه الكفاءة في التعامل

معها ، كما أنه يركز على المظاهر السالبة في ذاته . نعرض فيما يأتي لنموذج من الحوار الذي دار بين المعالج النفسي والمريض ، ويوضح عملية تحدي التقدير المبالغ فيه لدى سيمور عن حدوث النتائج السالبة :

سيمور : عندنا يتعين عليّ التحدث إلى شخص جديد ، لا أستطيع أن أجد ما أقوله .

المعالج النفسي : ماذا تقصد بـ " لا أستطيع أن ما أقوله" ؟ .

سيمور : يعني ليس لدي ما أقوله ، يصبح عقلي صفحة بيضاء .

المعالج النفسي : وعندما نكون أكثر تحديداً ، دعنا نقول أن أحد زملاءك في العمل دعاك لحفلة . قررت أنت الذهاب ، وذهبت بالفعل ، ووقفت هناك ، غير قادر على التحدث مع اي إنسان .

سيمور: شئ فظيع .

المعالج النفسي : مصيبة أليس كذلك؟

سيمور : نعم .

المعالج النفسي : ولكن ما المصيبة فيها بالضبط ؟

سيمور : شئ محيّر !

المعالج النفسي : لماذا "شئ محيّر" ؟

سيمور : لأني سأظهر كغبي ، وسوف يراني الناس كإنسان غريب .

المعالج النفسي : وماذا يحدث لو رآك الناس "كإنسان غريب" ؟

سيمور : سيضحكون عليّ ويعتقدون أني إنسان خاسر .

المعالج النفسي : كيف عرفت أن الناس سينظرون إليك بهذه النظرة ؟

سيمور : ماذا تعني ؟

المعالج النفسي : أنت وضعت مجموعة من الفروض . ربما تكون صحيحة ، وربما لا تكون صحيحة ، واخترت من بين العديد من البدائل تلك الفروض غير السارة ، والمهددة . تحديداً، افترض إذ لم يكن عندك ما تقوله ، فسوف يضحك عليك الآخرون ، ويعتقدون انك شخص غريب . الآن ، أولاً وقبل كل شئ ، أنت لا تعرف أبداً أن الآخرين سوف يرون أنك شخص غريب . في الحقيقة ، احتمالية أن يراك الآخرون على أنك شخص غريب لأنك لا تتكلم . احتمال ضعيف جداً . لماذا أقول ذلك ؟

سيمور : قد يكون هناك أسباب أخرى تجعل الآخرين صامتين .

المعالج النفسي : تماماً ، ما هي الأسباب الأخرى ؟

سيمور : قد يكون الشخص متعباً ، أو غير مهتم .

المعالج النفسي :صح . حسناً . في الحقيقة ، قد لا يلاحظك الآخرون لاهتمامهم بأنفسهم وحواراتهم أو ما يقلقهم . ولكن دعنا نفترض أن واحد أو اثنين أو أكثر لاحظوك ، ورأوا أنك شخص غريب . هل هذا أمر سيئ لهذا الحد ؟

سيمور : نعم .

المعالج النفسي : نعم سيئ ، ولكن إلى أي مدى ؟ ماذا يعني ذلك بالنسبة لك ، ولحياتك ولمستقبلك ، ......ألخ .

سيمور : لا أعرف .

المعالج النفسي : هل هذا الحدث يغيّر حياتك ؟ هل سيكون لهذا نتائج كوارثية بعيدة المدى لأن بعض الناس رأوا أنك شخص غريب؟

سيمور : (يضحك) .

المعالج النفسي : هل ستكون كذلك ؟

سيمور : لا ، فالكثير من الناس يرون أني شخص غريب .

المعالج النفسي : وأنا أعتقد أيضاً أن كثيراً من الناس يرون أني شخص غريب . إن الهدف في الحياة ليس إسعاد كل الأفراد ومن غير المعقول افتراض أن كل من تقابلهم في حياتك سوف يحبونك ، فكثير من الناس لن يحبوك ، وبعضهم سوف يرونك على أنك شخص غريب . ولكن ليس هذا هو الهدف في الحياة ، أليس كذلك ؟

سيمور : اعتقد لا . فلن تستطيع أن تسعد كل الناس أو ترضيهم .

المعالج النفسي : صح تماماً ! إذاً ما علينا فعله هو أن نجعلك تألف خبرة الناس ، ونريك عدم رضاهم أو رفضهم . بمعنى آخر ، نريد أن نضعك في مواقف تجعل من الاحتمال بشكل كبير تحقق أسوء سيناريو بحيث ترى أنه ليس هناك أي خطر في المواقف الاجتماعية . الأحداث الاجتماعية المؤسفة ، والمواقف المحيّرة أمور عادية ، وتحدث لكل الناس ، والذي يميز بعض الناس عن بعضهم الآخر ليست الأحداث المؤسفة في ذاتها ، ولكن الطريقة التي تزعج بها هذه الأحداث المؤسفة الناس . وماذا لو حدثت هذه الأحداث ، الحياة سوف تستمر . النتائج بسيطة جديدة ، وتستمر لفترة قصيرة . متى عرفت ذلك ، فسوف تخرج من السجن

الاجتماعي الذي وضعت نفسك فيه . هل لديك الاستعداد لتكسر حاجز السجن الذي وضعت نفسك فيه وتعيش الحرية ؟

التعرض

التعرض للمواقف الاجتماعية المخيفة هو العنصر الوحيد الأكثر أهميه في العلاج (أنظر الفصل الثالث للوصف العام للأساس المنطقي للتعرض) . هناك عدة أسباب تبرر كون التعرض هو قلب العلاج . أولاً ، بدون استخدام أياً من استراتيجيات التجنب ، فإن التعرض يخلق مستوى عالي من الوعي الوجداني ، والذي يزوّد المريض بفرصة استخدام استراتيجيات التقبل لمجابهة القلق .

ثانياً ، يقدّم التعرض الفرصة لإظهار تأثيرات تركيز الانتباه على القلق الشخصي . قبل كل موقف من مواقف التعرض ، يسأل المعالج النفسي المريض أن يركز انتباهه على نفسه وأعراض القلق ويعطي معدّل للقلق (صفر- 10) . ثم بعد ذلك ، ينبغي أن يسأل المعالج النفسي المريض أن يوجه انتباهه لأحاسيسه الجسمية ، ويصف مشاعره ، ويعطي تقديراً لقلقه .

ثالثاً ، التعرض يعطي المريض الفرصة لإعادة تقييم عروضه الذاتية الاجتماعية . لهذا الغرض ، يمكن استخدام التغذية الراجعة المصّورة لإعادة فحص تنبؤ المريض بأدائه تحديداً ، يشتمل هذا الأسلوب على الإعداد المعرفي السابق على مشاهدة الفيديو والذي يُطلب من المريض أثناء تكوين صورة عن نفسه ، وهو يقدّم الكلمة (الحديث) .

ولكي يتم مقارنة العرض الذاتي المدرك مع العرض الذاتي الفعلي ، سوف يُطلب من الأفراد مشاهدة الفيديو من منظور الملاحظ (كما لو كانوا يشاهدون غريباً) . هناك استراتيجيات أخرى تستهدف العرض الذاتي وتشتمل على تدريبات التعرض المصّورة ، والاستماع إلى الحديث الذاتي المُسّجل . أثناء التعرض المصّور ، يُطلب من المرضى الوصف الموضوعي لظاهر الصور وتسجيل هذا الوصف . السبب في هذه التدريبات هو تصحيح العرض الذاتي المشوّه لدى المريض ، وأن يعتاد المريض على المظهر الذاتي .

رابعاً ، يعطي التعرض فرصة للممارسة وضع الأهداف وإعادة تقييم المعايير الاجتماعية . لهذا الغرض ، فإن على المعالج النفسي أن يناقش مع المريض التوقعات الاجتماعية (المعايير) لموقف معين ، كما ينبغي عليه مساعدة المريض على ذكر هدف واحد على الأقل (طرح سؤال معين) واضح (سلوكياً ، وغير قابل للقياس) .

من الأهمية بمكان إعطاء تعليمات واضحة عما ينبغي أن تكون عليه مهمة التعرض . لذا ، فإن دور المعالج النفسي أثناء هذه التعرضات الأولى مشابه لدور مخرج المسلسل ، يعطي المريض نصاً مكتوباً واضحاً عن سلوكه المتوقع . إذا تطلب الموقف تفاعلاً اجتماعياً معقداً (إعادة شئ إلى البائع تم شراءه منه منذ دقائق) ، ينبغي على المعالج النفسي أن يحدد بوضوح متى يظهر فعل معين .

على سبيل المثال ، بدلاً من إعطاء تعليمات للمريض بأن "يعيد الكتاب بعد شراءه بدقائق معدودة" ، يجب على المعالج النفسي أن يعطي تعليمات للمريض بأن "يشتري الكتاب الجديد للمؤلف هاري بوتر ، يمشي به نحو باب الخروج ، وعند الوصول إلى باب الخروج ، يدور حوله ، يجد البائع مرة أخرى ، ويسأل عن سعر هذا الكتاب قائلاً : أريد أن أستبدل هذا الكتاب الذي اشتريتة لأني غيرت رأيي" .

إن الهدف من هذه المهمة هو أن يقول المريض هذه الجملة بالتحديد . أخيرا ، والأكثر أهمية ، مواقف التعرض الداخلية التي تعطي نموذجاً للأحداث الاجتماعية المؤسفة . هذه المواقف تقدم فرصة مثالية لاختبار الافتراضات المشوّه عن التكلفة الاجتماعية للمواقف والافتراضات الأخرى .

إن استخدام سلوكيات الأمان تجعل المعارف اللاتكيفية محصّنة ضد الاختبارات التجريبية لأنها تمنع الناس من التقييم الناقد لنواتجهم المخيفة (سوف أرتجف بدون قدرة على التحكم في ذلك) ، والمعتقدات الكوارثية (مثلاً: سوف أُخزى ، ولن أستطيع أن أريهم وجهي مرة أخرى) .

أمثلة على مهام التعرض

- اذهب إلى مطعم مزدحم واطلب من سيدة جالسة على المائدة : معذرة ، هل اسمك كاثيرين؟ (الهدف : أن تسأل خمس سيدات) .
- ادخل إلى مطعم ، واجلس ، وعندما يأتي إليك الجرسون قل له : ممكن كوب من ماء الصنبور؟ عندما يحضر لك الجرسون الماء، اشرب ، ثم قف ، وانصرف (الهدف : شرب الماء دون أن تطلب شيئاً).
- اطلب شريحة من البيتزا ، وبالصدفة ، دون قصد أوقعها على الأرض وقل : وقعت مني البيتزا ، ممكن تحضر لي قطعة أخرى (الهدف : أن تحصل على قطعة أخرى دون أن تدفع) .
- اذهب إلى مطعم ، واجلس . أسأل أحد الزبائن مما إذا كان قد رأى العرض التمثيلي الأخير . إذ لم يكن قد شاهده ، أخبره عما دار في هذا العرض التمثيلي . وإذا كان قد شاهده ، اسأله عن أكثر شئ أو مشهد أعجبه في هذا العرض (الهدف : مناقشة الأجزاء الممتعة في العرض).
- قف بجانب من الشارع ، وقل بأعلى صوتك : "السيد..... كان عنده مزرعة" لمدة عشر دقائق .
- اطلب من بائع كتب أن يحضر لك قصة معينة ، وعندما يحضرها لك قل له "ممكن الإصدار الجديد من هذه القصة؟"

إن مواقف التعرض الفعالة للأفراد ذوي اضطراب القلق الاجتماعي تختلف عن مواقف التعرض لمعالجة اضطراب المخاوف المرضية الأخرى . تتمثل الفروق الرئيسية في الأتي :

1) غالباً ما تتطلب التعرضات الاجتماعية أداء سلسلة معقده من السلوك البينشخصي

2) المواقف التي تظهر القلق الخاص لدى مريض المخاوف المرضية الاجتماعية ليس من السهولة إعدادها . على سبيل المثال ، قد يذهب الشخص الذي لديه مخاوف مرضية من

الأماكن الشاغرة ليتمشى بعيداً عن البيت في أي وقت ، ولكن الشخص الذي لدية مخاوف مرضية من الأماكن الشاغرة ليتمشى بعيداً عن البيت في أي وقت ، ولكن الشخص الذي يعاني من المخاوف الاجتماعية قد يواجه هذا اللقاء مرة في الأسبوع . هناك مواقف أخرى قد تحدث نادراً . لذا ، قد يعد المعالج النفسي فرصاً لمواقف التعرض . ومن المواقف المفيدة في هذا مواقف التحدث أمام الجمهور .

هذه المواقف تعطي المعالج النفسي درجة كبيرة من التحكم في الموقف (بان يختار موضوعات مختلفة أو يعدّل الموقف من خلال دعوة عدد آخر من الحضور ، أو بإعطاء تعليمات للحضور بالتصرف بطريقة معينة ، كما أنها مواقف واقعية (وليست لعب دور) .

لا ينبغي أن تحضر ممارسات التعرض في جلسة العلاج النفسي ، ولكن ينبغي أن تُعيّن بشكل منظم كممارسات واجب منزلي بين الجلسات . عند مراجعة ممارسات الواجب المنزلي ، ينبغي أن يتوخى المعالج النفسي الحيطة ألا يأخذ وقتاً طويلاً في مراجعة هذه الممارسات . في الحقيقة ، الإفراط في المراجعة قد يعمل كتأمل فيما بعد الحدث . لذا ، ينبغي ألا يقوم المرضى بتقديم وصفات مسهبة وطويلة للموقف بشكل محكم ، ويتبع ذلك أسئلة محددة وتوجيهية يكون لها الغرض التالي :

- ما هي مظاهر الموقف التي استثارت القلق ؟ أذكر بإيجاز ما الذي جعل الموقف مثيراً للقلق .
- ما الهدف الرئيسي الذي أراد المريض تحقيقه ، وما اعتقاد المريض في توقعات الآخرين ؟
- ما أنواع الأحداث الاجتماعية المؤسفة التي يخاف منها المريض ، وما هي نواتجها الاجتماعية ؟
- هل انصب تركيز المريض على الذات والقلق ؟ ما أثر الموقف على عرضه الذاتي ؟
- ما هي سلوكيات الأمان واستراتيجيات التجنب التي استخدمها المريض ؟
- ما طول الفترة الزمنية التي استغرقها الموقف ونواتجه المخيفة ؟ هل غيّر الموقف بشكل غير قابل للإلغاء- الحياة المستقبلية للمريض؟

الدعم التجريبي

أوضحت بعض الدراسات جيدة التصميم فعالية الصياغات الأولى للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي . سقطات العلاج قليلة جداً وترتبط – بشكل منظومي – بمتغيرات المريض . العلاج المعرفي السلوكي الجماعي يقوم بتطبيق اثنان من المعالجين النفسيين في 12 أسبوع مدة كل جلسة 2.5 ساعة ، وذلك على مجموعات تتكون كل منهما من 4- 6 من المشاركين .

هناك بعض النتائج التي تشير إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي سواءً وحده ، أم مع علاجات دوائية أخرى ، كما أشارت دراسات حديثة أن تناول بعض العقاقير المثبطة للاكتئاب يمكن أن تعزز من فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي عند تطبيقه قبل تدريبات التعرض Hoffman et al. ,2006 ,Guostella,et al. (2008, . الصياغات الجديدة للعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي تستهدف بعض عوامل الإبقاء الرئيسية ، سلوكيات الأمان ، الانتباه المرتكز حول الذات ، والتكلفة الاجتماعية المدركة . إن فعالية هذه البروتوكولات المستهدفة في العلاج المعرفي السلوكي قد أدت إلى تعديل البروتوكولات السابقة التقليدية .

الجهود العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي المستهدف موجه نحو التدريس المنظومي للأطراف العملية المعرفية البديلة لفهم المواقف الاجتماعية ، الأداء الاجتماعي ، والمخاطر الاجتماعية . التدخلات معرفية في طبيعتها ، وتطلب من المرضى فحص توقعاتهم بشأن المواقف الاجتماعية ، والتكاليف الاجتماعية للأداء الاجتماعي غير السليم . ثم يقوم المرضى بعد ذلك بفحص صدق هذه التوقعات كما تقيّم من خلال التقييم المنطقي ، وتحديداً من خلال "التجارب السلوكية" المصممة لاختبار توقعات القلق .

أظهر تحليل حجم التأثير لهذا المدخل (العلاج المعرفي السلوكي) أن حجم التأثير غير المضبوط للتقدير الحاد الذي يقوم على المقابلة الشخصية العيادية كان 1.41 (من القبلي

إلى البعدي) ، و1.43 (من القياس القبلي إلى القياس التتبعي بعد 12 شهراً) لدى مجموعة من العلاج المعرفي السلوكي – أما الدرجة الكلية فقد ارتبطت بحجم التأثير غير المضبوط للقياس البعدي وكانت 2.14 (Clark et al,204) . وهذه تأثيرات قوية ، وتشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق الاجتماعي يمكن أن يتحسن بشكل دال من خلال استهداف عوامل إبقاء معينة .

الفصل السادس

علاج اضطراب الوسواس القهري

وساوس أوليفيا

تبلغ أوليفيا من العمر 42 عاماً ، وهي سيدة متزوجة ، وأم لثلاثة أولاد . منذ أن تقاعد زوجها –وهو طبيب اسنان ، وعملت معه لمدة 25 عاماً – بدأت أوليفيا عملاً مربحاً كبائعة للأثاثات القديمة .

كانت أوليفيا تعاني من الوسواس القهري لفترة طويلة من الزمن . فقد كانت غير قادرة على قيادة السيارة وحدها خوفاً من حوادث السيارات التي تؤدي إلى قتل الآخرين . في الماضي ، عندما كانت تذهب بالسيارة مع أبنائها للمدرسة ، كانت تفحص الطريق التي تسير عليه خشية أن توقع أحداً قتيلاً بسيارتها . غالباً ما كان ينتابها اعتقاد بأنها تسمع صوت صراخ ، وترى ظلاً من طرف عينيها ، وتشعر بإنجاز غير عادي . كما كانت تقرأ الجرائد المحلية بحثاً عن حوادث السيارات .

كانت أوليفيا دائمة التردد على أقسام الشرطة لتعلم عن البلاغات المقدمة عن الحوادث ، حتى أصبحت معروفة بالنسبة لقسم الشرطة . بالإضافة إلى هذا ، كانت أوليفيا مهتمة كثيراً بأن أفعالها وسلوكياتها ربما توقع الضرر والموت بالآخرين . عند مناقشة الحالات الطبية ، كانت أوليفيا مهتمة بأنها ربما تسيء تقديم المعلومات وأن الناس قد يموتون نتيجة تقديمها للمعلومات الخطأ . هذه هي الحالة بالنسبة للقضايا التي تتعلق بالأسنان لأنها تشعر بأن الناس يفترضون فيها المعرفة لأن زوجها طبيب أسنان . كان عليها أن تقيم علاقات متوترة مع الأصدقاء وأفراد الأسرة لأنها تشعر بحاجة لا تقاوم للتواصل معهم بعد مناقشة بعض القضايا الطبية لتتأكد من أنهم لم يفهموا المعلومات التي أعطتهم إياها خطأ .

بالإضافة إلى الوسواس القهري ، فقد كانت تعاني أيضاً من الاكتئاب . لقد كانت الأحداث في الماضي معتدلة ، ولكن في معظم الأحيان كانت الأحداث الاكتئابية أحادية القطب ، تستمر لعدة أسابيع . أثناء هذه الأحداث ، كانت تشعر بعدم القيمة ، لوم الذات ، فقدان الطاقة ، والحاجة الشديدة للبقاء في السرير، حتى بعد فترة الظهر . لقد كان زوجها متعاوناً معها . جرّبت أوليفيا الكثير من الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب ، نجاحها متغيراً .

تعريف الاضطراب

الاستحوازات عبارة عن أفكار أو تصورات ، أو دوافع لا إرادية ، وغير مرغوب فيها ، ودائمة ، تقتحم الطفل غير مُلجّمة ، وتسبب توتر ملحوظ . وعلى النقيض ، فإن الوسواس عبارة عن سلوكيات متكررة ، ومدروسة ، أو أفعال عقلية يقصد بها التقليل من مشاعر التوتر ، أويتم عملها لوقف حدوث حدث مخيف .

تشير الدراسات التي أجريت في علم الأمراض إلى أن انتشار اضطراب الوسواس القهري طيلة الحياة يتراوح بين 1.6٪ إلى 2.5٪ (Kessler et al,2005) ؛ ولا يختلف الذكور عن الإناث في توزيع اضطراب الوسواس القهري ، وإن كان هناك ارتفاع طفيف في نسبة الوسواس القهري لدى الإناث عنه لدى الذكور ، كما أن هذا الاضطراب يظهر في سن 13- 15 لدى الذكور ، وسن 20- 24 عاماً لدى الإناث .

اضطراب الوسواس القهري اضطراب متغاير العناصر . على سبيل المثال ، قد تنطوي الاستحوازات على الأفكار العدوانية غير المرغوب فيها ، وكذلك التصورات ، والدوافع العدواني لإلحاق الأذى بالنفس وبالآخرين (مثلاً : دفع شخص ما من على الكبري) ، التعديات الجنسية والدينية الكفرية (مثلاً: التفكير في الأعضاء الجنسية للمسيح) ، الأفكار الدائمة للشك ("هل أطفأت فرن الغاز"؟) ، أو الخوف من الإصابة وإلحاق الضرر بسبب الجراثيم ، أو الوسخ ("ماذا لو أخذت جراثيم نتيجة لمسي لمقبض باب ملوّث"؟) .

في حين تتراوح الوساوس من المبالغة في غسل اليدين ، والتنظيف والفحص (مثلاً : الفرن ، الإضاءة الكهربائية) ، العّد ، الترتيب ، والتنظيم ، التخزين ، والترميم، غلق الصنبور،اللمس ، تكرار الدعاء والصلوات . هذه السلوكيات يتم التعبير عنها في شكل طقوسي مثل تكرار الصلوات ، أو غسل اليدين بترتيب أو نظام معين (مثلاً: غسل اليد اليسرى قبل اليمنى ،

والبدء بأصابع معينة) ، ويكون ذلك مصحوباً بدعاء معين خشية حدوث نتيجة كوارثية (مثلاً: إذ لم أضع حذائي في المكان الصحيح ، سوف يموت أبي") . (الخاصية الشائعة المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري هي الصعوبة التي يجدها المريض في فصل المعارف عن السلوكيات .

بمعنى آخر ، التفكير بشكل سيئ مرعب ومحبط مثله في ذلك مثل التصرف بشكل سيئ .

تُعرف هذه الظاهرة بأنها انصهار التفكير – السلوك thought – action fusion من المفترض أن انصهار التفكير – السلوك يتألف من عنصرين (Shafran et al,1996) ، يشير العنصر الأول إلى الاعتقاد بأن المرور بخبرة .

فكرة معينة من إمكانية وقوع حدث ما بالفعل ، فى حين يشير العنصر الثانى إلى الاعتقاد بأن التفكير فى فعل ما مرادف لأداء الفعل – على سبيل المثال ، قد ينظر إلى التفكير فى قتل شخص ما على أنه مماثل (من الناحية الأخلاقية) ،لارتكاب الفعل . هذا العنصر الأخلاقي يفترض أنه نتاج الاستنتاج الخطأ، والمتمثل فى أن الأفكار "السيئة "مؤشر على الطبيعة والمقاصد الحقيقية للشخص .

من العوامل الهامة المرتبطة بانصهار التفكير- السلوك الشعور المتضخم بالمسؤولية ، التدين، التفكير الخرافي (Rachman,1993,Rassin & koster ,2003) .

حالة أوليفيا مثال جيد على الشعور المتضخم بالمسئولية . فهى تعتقد بأن إعطاء الناس معلومات غير دقيقة سوف ينتج عنه الأذى والموت ، تكون هى المسئولة عنه ، ما أن أوليفيا تظهر تفكيراً خرافياً سحرياً .وهذا يشير إلى الاعتقاد بأن التفكير فى إمكانية حدوث حدث ما يزيد من احتمال المرور بالفكرة (أنظر الفصل الأول :Wegner,1994) .

هناك إستراتيجيات فعالة فى استهداف هذه المعتقدات اللاتكيفية تتمثل فى تدريبات الوعى ،والتأمل، والتى تعزز اللا تمركز (تبنى وجهة نظر حالية ولا حكمية على الافكار والمشاعر) .

نموذج العلاج

الأفكار ، التصورات ، والدوافع الغير مرغوب فيها شائعة جداً . فإن ما يقرب من 90٪من الأفراد فى المجتمع – وعينات أخرى مناظرة لهم – يعلنون عن وجود هذه الاقتحامات،بما فى

ذلك ، دوافع أو إلحاحات لإلحاق الأذى بشخص ما أو مهاجمته وأفكار عن أفعال جنسية غير لائقة (Salkovskis +Horrison,1984).

يؤكد نموذج العلاج المعرفى السلوكى لاضطراب الوسواس القهرى على تقيم الأفكار الغير مرعوب فيها (Rachman.1998,Salkovskis, 1985).يعتقد الأفراد ذوو اضطراب الوسواس القهري أن هذه الاقتحامات لها معنى ومغزى .

كما هو الحال بالنسبة لذوى اضطراب الوسواس القهرى ، فإن لدى أوليفيا شعور مبالغ فيه بالمسئولية ،كما أنها تعتقد بأن الفشل فى منع الأذى . هذا الشعور المبالغ فيه بالمسئولية يتفاعل سلباً مع الأفكار الاقتحامية .

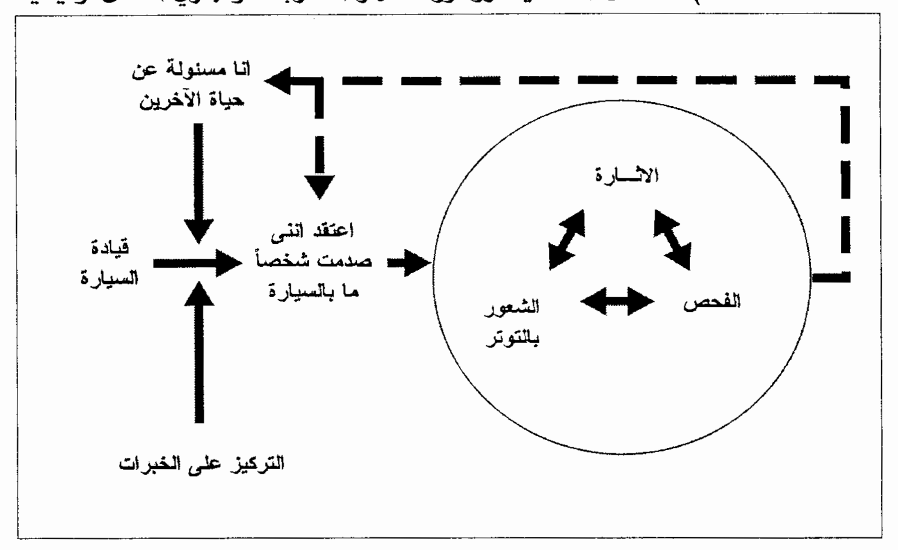
على سبيل المثال، إن تفكير أوليفيا "هل أصبت إنسان بأذى؟" يؤدى إلى الشعور بالتوتر ، ودافع لفحص الطريق ، ودافع للاتصال بالشرطة لتعرف ما إذا كان قد صدمت شخصاً ما ، أو قتلته بسيارتها لذا ، من وجهة نظر أوليفيا ،فإن منع موت الآخرين ممكن عن طريق الفحص، وأن عدم الفحص يعنى رغبتها فى إلحاق الأذى بالآخرين . هناك مظهر هام ومميز لاضطراب الوسواس القهرى وهو المبالغة فى أهمية الأفكار ، حيث يشير إلى أن مجرد وجود الفكرة دليل على أهميتها (أكيد هى فكرة مهمة لأنى فكرت فيها ،وأنى أفكر فيها لأنها مهمة).

بالإضافة إلى ذلك ، فإن الأفراد ذوى اضطراب الوسواس القهرى يبالغون فى تقدير احتمالية وحدة الضرر ،ويرون المواقف على أنها ضارة . إذا لم يثبت أنها غير ذلك ، على الرغم من أن معظم الأفراد الآخرين يفترضون ما هو عكس ذلك .(Foaf Kozok,1986).

هذه المعتقدات الخطأ المختلفة ليست مانعة . ولكنها موجودة فى ائتلافات وفقاً لاقتحام معين أو تقييم نتيجة (Freeston etal,1996) على سبيل المثال ، فإن أفكار أوليفيا عن إلحاق الضرر بشخص ما من خلال تقديم معلومات طبية خطأ تنطوى على تقديرات مبالغ فيها للخطر ، والانصهار بين التفكير – السلوك والمسئولية المبالغ فيها . مع الأهمية التى يضعها مرضى اضطراب الوسواس القهرى على الأفكار الاستحواذية ، فإن لديهم رغبة قوية لكبح هذه الأفكار المثيرة للتوتر ، ويعاد لونها مع الوسواس . ومع ذلك، فإن محاولات كبح هذه الأفكار تجعلها أكثر اقتحاماً .

وعلى نحو مشابه ، فإن محاولات معادلة أو تحيدها مع الوسواس للحد من التوتر ، وإفساد أى نواتج كوارثية مخيفة تُعد إستراتيجيات طويلة المدى غير فعالة . نظراً لأن الوساوس تؤدى إلى الحد المؤقت من مشاعر التوتر ، فإن بإمكانها أن تصبح –بسرعة– ميكانيزمات مجابهة ،وتزيد من احتمالية التحييد اللاحق .بالإضافة إلى ذلك ، مع عدم حدوث النواتج المخيفة التابعة للتحييد ، فإن عدم وجود النواتج السالبة يصبح معزز ، ويمكن أن يكون دليلاً على صدق المعتقدات الاستحواذية (القهرية).

لذا ، فإن التقييمات الخطأ يبقى عليها الفشل فى تقييم البدائل بشكل كافى (Salkorskis,1985). الشكل (13) يصوّر دورة القهر (اضرب – واجري) لدى أوليفيا .



الشكل (13) القهر لدى أوليفيا

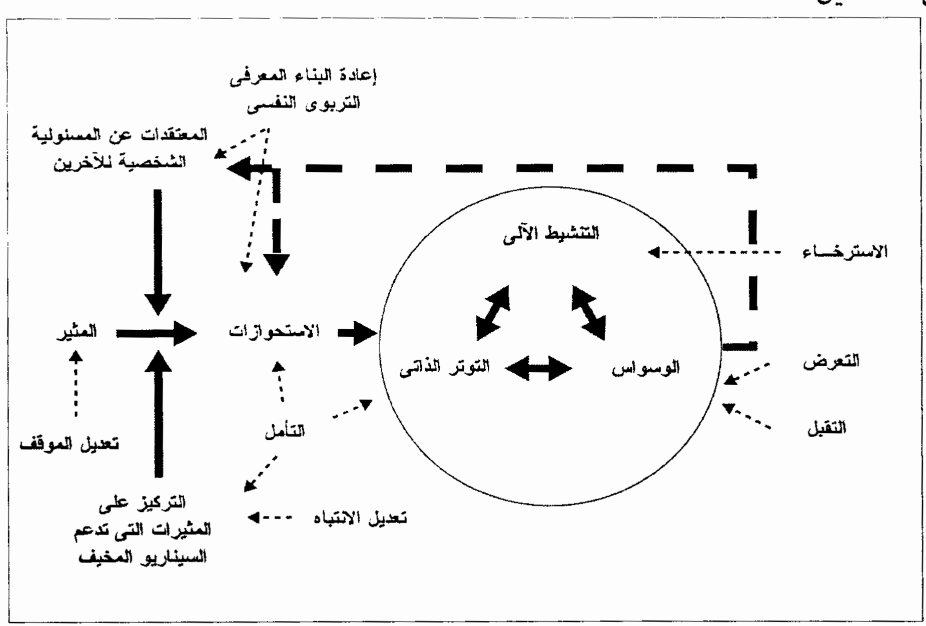
إستراتيجيات العلاج

الأفراد ذوو اضطراب الوسواس القهرى لديهم شعور متضخم بالمسئولية عن الآخرين ،ومعتقدات لاتكيفية متشابهة . بالإضافة إلى ذلك ، فإنهم يبذلون قصارى جهدهم للتصرف وفقاً لهذه المعتقدات من اجل تجنب الضرر . التربية النفسية وإعادة البناء المعرفى من أجل الاستهداف الفعال الشعور المتضخم بالمسئولية ،المعتقدات الخرافية ، والتقديرات المبالغ فيها للأحداث الكوارثية .

الاستحوازات التى تتعلق بالمواقف تظهر عندما توجد المثيرات ويبدأ الشخص فى التركيز على المثيرات التى تدعم الأفكار القهرية ،يمكن تفادى هذه العملية فى مرحلة مبكرة بالتركيز على المثيرات النى لا تتناغم مع المعتقدات . أومن خلال تعديل المثيرات الموقفية مباشرة . ومع ذلك فغن هناك عدد غير محدود من المثيرات القوية التى يمكن تفسيرها على أنها تتناغم مع المعتقدات اللاتكيفية ، لذا فإن المعتقدات اللاتكيفية ينبغى أن تكون الهدف الرئيسى للعلاج .

أسباب إعادة البناء المعرفى يمكن أن تتحدى وتعدّل – بشكل قوى فى استهداف عملية الإصرار فى الإستحوازات من خلال تشجيع المريض على التركيز على الحاضر وليس المستقبل (النتيجة الكوارثية).

أما الماضى (الفعل الذى ربما تسبب فى الاذى) . كما يمكن أن تكون إستراتيجيات الاسترخاء مفيدة فى استهداف التنشيط الآلى . أخيراً ،يمكن لاستراتيجيات التعرض ،والتقبل أن الدائرة المفرغة ذات التعزيز الذاتى بين التوتر ،التنشيط ، الوساوس . الشكل (14) يلخص هذه الإستراتيجيات وسوف نتعرض لبعض هذه الإستراتيجيات بشكل من التفصيل لاحقاً.



الشكل (14) استراتيجيات لاستهداف الاستحوازات والوساوس لدى اوليفيا

❖ **تعديل الموقف والانتباه**

تشاهد أوليفيا – دوماً– الأخبار وتراقبها لتعرف ما – الأخبار وتراقبها لتعرف ما إذا كان هناك تقارير أو بلاغات عن حوادث (ضرب وفر) .أو موت غير مفسر ، إن تركيز انتباهها على المعلومات فى بيئتها بالتناغم مع الاستحواذ لديها يزيد من المشكلة .من الواضح أن أوليفيا تستطيع طواعية أن تقرر ما إذا كانت ستفحص البيئة عن دليل يدعم معتقداتها القهرية أم لا ،على الرغم الحاجة الملحة لديها لعمل ذلك ، لذا فإن الإستراتيجية العلاجية المفيدة هى مقاومة لحاجتها الملحة لفحص البيئة من أجل معلومات تقدم دليلاً على معتقداتها القهرية ،وتتعلم كيفية تحمّل ، مفيد جداً (أنظر الفصل السابع من هذا الكتاب).

فبدل من الاستجابة للحاجة الملحّة للفحص من خلال مشاهدة الإجبار ومراقبتها ،ينبغى أن تستخدم أوليفيا الحاجة الملحّة كمثير لمارسة التأمل لكى تتعلم كيفية تمرير الوقت – تدريجياً – بين الدافع الأول للفحص ،والسلوك الفاحص.

التربية النفسية

هناك رسالتان هامتان ينبغى نقلهما فى العلاج أثناء مرحلة التربية النفسية وهما:

(1)الأفكار ، التصورات، والدوافع غير العادية والغريبة شىَ طبيعى : فامتلاك الفرد لهذه الخبرات ليس مؤشر على شخصية أو الفعل المستقبلى

(2) إن محاولات كبح هذه الأفكار ،والتصورات ،والدوافع يزيد – بشكل متناقص – من احتمال حدوثها .كما ذكرنا فى الفصل الأول ، يمكن توضيح التأثير المتناقص لكبح الأفكار باستخدام تجربة الدب الأبيض Wegner,1994

تجربة الدب الأبيض
أغمض عينيك . تصور دباً له فرو من الصوف ،تخيل فروته ،أنفه ،أذنيه ،وكفيه. لك أن تتخيل كل شى .أمسك بهذه الصورة .بعد ذلك ،من فضلك فكر فى أى شى تحبه ما عدا هذا (الدب الأبيض). كل مرة يأتى الدب إلى مخيلتك ،قل –من فضلك– "دب أبيض" .سوف أتابع أنا الوقت ،وسوف أعد أيضاً كم مرة تزكرتها فيها أنت الدب الأبيض خلال كل دقيقة .مرة أخرى ،من فضلك فكر فى أى شى ما عدا الدب الأبيض . عندما يأتى إلى مخيلتك ،من فضلك قل "الدب الأبيض " .هيا نبدأ

تستخدم هذه التجربة لتوضيح إن محاولات كبح الأفكار العشوائية من احتمالية لامتلاك الفرد لهذه الأفكار .الدقيقة ،أو حتى الساعات والأيام قبل إعطاء تدريب الكبح ،من المحتمل ألا يفكر المريض فى الدب الأبيض ولا مرة،لأنه ليس هناك ما يدعو إلى ذلك .

السبب الوحيد الذى يجعل الدب صورة اقتحامية هو أن المريض كان يحاول – بشكل نشط – ألا تكون لديه هذه الصورة .هناك العديد من الصور ،والأفكار ، والدوافع الشاذة .كل منا لديه هذه الأفكار والصور، والدوافع .إن التفكير فى دفع سيدة عجوز أمام ازدحام المرور فكرة شاذة بالتأكيد ،وتصبح فكرة قهرية إذا اعتقدنا أنها تحمل معنى خاص .

على سبيل المثال و إن امتلاك الفرد لأفكار معينة قد ينظر إليها على أنها انعكاس لشخصية المرء .على سبيل المثال ، الفرد الكاثلوليكى التقى قد يعتقد بأنه مذنب لأن لديه أفكار معينة لأن التفكير سيىمثله فى ذلك مثل الفعل – جوهر انصهار التفكير – السلوك . ونتيجة لذلك ، فإن الفرد ذا اضطراب الوسواس القهرى يحاول كبح الأفكار ، متسبباً فى أن تحدث الفكرة بشكل متكرر مما يجعلها أكثر أهمية .

❖ إعادة البناء المعرفى .

كما هو الحال بالنسبة لاضطراب القلق الأخرى .فإن الأفراد ذوى اضطراب الوسواس القهرى يبالغون فى تقدير احتمالية النتائج السالبة (يفترضون أن النتائج السالبة من المحتمل أن تقع) ويبالغون فى درجة النتيجة السالبة (يفترضون أن النتيجة السالبة من المحتمل أن تكون حدث كوارثى).

غالباً ما يُشار إلى الخطأ المعرفى السابق كمبالغة فى تقدير الاحتمالية ، ويعرف الخطأ التالى على أنه تفكير كوارثى . تعتقد أوليفيا أن تقديم النصيحة الطبية سوف ينتج عنها الموت، وهذا مثال على المبالغة فى تقدير الاحتمالية .

المثال التالى يوضح كيف ان المبالغة فى تقدير الاحتمالية يمكن استهدافه من خلال تشجيع أوليفيا على الدراسة النافذة لمنطقة التفكير .فى هذا التفكير ،يكتشف المعالج النفسى سيناريو أسوأ حالة من خلال التعرف على سلسلة من الأحداث التى تحتاج إلى الوقوع حتى يتحقق سيناريو" أسوأ حالة "ثم بعد ذلك يعُين كل حدث من هذه الأحداث كاحتمالية . على الرغم أن أوليفيا ما زالت تبالغ فى تقدير بعض من هذه الأحداث إلا أنه

من الواضح أن النتيجة الكوارثية (موت شخص) فى نهاية هذه السلسلة غير محتمل بالمرة مع تقارب كل الأحداث.

مثال عيادي : استهداف المبالغة في تقدير الاحتمالية

سيناريو : قالت أوليفيا لزوج سارة بأن الأسبرين يستخدم في علاج الالتهاب . خشيت أوليفيا من أنه سوف يتناول كثيراً من الأسبرين ، وهذا سوف يهيّج معدته ، ويجعله ينزف حتى الموت .

الاحتمالية الشخصية بأن زوج سارة قد اساء تفسير هذا، مما يؤدي إلى الموت : 75٪

الاحتمالية الواقعية :

سوف يتناول كثيراً من الأسبرين : $\frac{1}{5}$ ٪

معدته سوف تتهيج نتيجة للأسبرين : $\frac{1}{5}$ ٪

معدته سوف تنزف نتيجة للتهيج : $\frac{1}{100}$ ٪

سوف يستمر في تناول الأسبرين على الرغم من مروره بخبرة المشكلات في المعدة : $\frac{1}{20}$ ٪

لن يستشير أحدا بشأن تهيج المعدة : $\frac{1}{1000}$ ٪

المعدة التي تنزف سوف تؤدي إلى الموت : $\frac{1}{2}$ ٪

الاحتمالية المنطقية

$$\frac{1\times1\times1\times1\times1}{2\times1000\times20\times100\times5\times5} = \frac{1}{100.000.000} = 0.000001\ \%$$

الهدف من هذا التدريب تحديد الافتراضات السالبة المعينة المرتبطة بالاستحواذ (القهر) . يمكن تيسير ذلك من خلال طرح أسئلة معينة مثل : "ماذا توقعت أن يحدث؟" ، و "ما الذي سيحدث بعد ذلك؟" . الرسالة الرئيسية من هذا التدريب تتمثل في توضيح أن الكوارث

الحقيقة غير محتمله الحدوث ، حتى ولو تم المبالغة في تقدير أحداث تؤدى بالفعل إلى نواتج كوارثية ، وتكون نسبة الاحتمالية عالية (50٪ فرصة أن نزيف المعدة سوف يؤدي إلى الموت) ، فإن فرصة أن هذه الخطوات الفردية المختلفة سوف تصف وتؤدي في النهاية إلى حدث كوارثي (يموت الفرد لأن أوليفيا نصحته بأخذ الأسبرين) غير محتمل بشكل (0.000001 ٪). ثم يتم مقارنة هذا الاحتمال بالاحتمال الشخصي الذي توصل إليه المريض (75٪) .

التأمل والاسترخاء

المقدمة المنطقية الرئيسية التي تقف خلف تدريبات التأمل تتمثل في أن المرور بخبرة اللحظة الحالية بشكل منفتح ، وغير حكمي (عدم صدور الأحكام) من الممكن أن يقاوم – بفعالية – تأثيرات الضغوط ، لأن التوجه المفرط نحو الماضي أو المستقبل عند التعامل مع الضغوط من الممكن أن يؤدي إلى الضغوط النفسية . أحد المكونات الهامة من مكونات التدريب على التأمل هي تدريبات التنفس العميق والبطئ التي تلطف من الأعراض الجسمية للضغوط من خلال تحقيق التوازن بين الاستجابات التعاطفية ، والشبيه تعاطفية (Kabat-Zinn,2003) .

أثناء التفكير الواعي ، يتم تشجيع الأفراد على الانتباه لما يحدث بداخلهم ، وحولهم من التو واللحظة ، والاعتراف بالأفكار والمشاعر كما هي ، والابتعاد عن الحاجة للحكم الناقد ، والتغيير أو تجنب خبراتهم الداخلية . ينبغي على المرضى تحديد إلماعة معينة يمكنهم استخدامها في حياتهم اليومية لمساعدتهم على البقاء مركزين في اللحظة الحالية . هذه الإلماعة هي تنفسهم ، ومن الممكن أيضاً أن تكون دقة ساعة الحائط ، أصوات الأمواج ، أو أي صوت إيقاعي آخر .

ليس الغرض من هذه الإلماعة تشتيت ذهن المرضى ، ولكن مساعدتهم على التركيز ، وتثبيت أنفسهم في اللحظة الحالية . يربط المرضى هذه الإلماعة بالخبرة الانفعالية للوعي اللاحكمي الذي يركز على الحاضر . نعرض فيما يأتي مثالاً للتدريب بالتأمل ، ونبين كيف يمكن للمعالج النفسي أن يقدم هذا التدريب .

تدريب التأمل

من فضلك حاول أن تهدأ من نفسك ، أغمض عينيك ، واتبع صوتي ، من فضلك ركز انتباهك على اللحظة الحالية . لاحظ كيف يكون شعورك وأنت جالس على الكرسي . لاحظ كيف يشعر جسدك وأي مشاعر وأحاسيس تمر بها . لاحظ تنفسك . لاحظ صدرك وأنت تتنفس (شهيق، وزفير) . من فضلك لاحظ ذلك ببساطة . لا تحاول أن تغير شيئاً (صمت) . ركز على تنفسك أثناء حدوثه الآن ، في اللحظة الحالية . استخدم تنفسك ليثبتك على اللحظة الحالية (صمت) . اترك العنان لأفكارك ، ولاحظ ما تفكر فيه ، ولكن لا تحاول بالأفكار أو تبعدها ، مجرد اترك العنان ذهاباً وإياباً (صمت) . اسمح لنفسك أن تشاهد أفكارك لدقائق معدودة —وأثناء ذلك ، لاحظ كيف تأتي الأفكار وتذهب (أسمح بفترة قصيرة من الصمت) . أثناء ملاحظتك لهذه الأفكار ، ابدأ في التحوّل واستكشف مشاعرك . المشاعر مثل الأفكار متغيرة دائماً . أحياناً تأتي المشاعر في أمواج ، وأحيانا تتسكع . أحياناً تجلبها أفكار معينة ، وأحيانا أخرى تأتي ونحن لا نعلم من أين أتت . ببساطه اعرف كيف يكون شعورك في اللحظة الحالية (صمت) . استمر في استخدام التنفس لتثبيتك حاول أن تلاحظ خبرتك ككل كيف يشعر جسدك فيما تفكر ما هي المشاعر التي تمر بك : لاحظ كل ما تمر به من خبرة في هذه اللحظة (صمت) . لاحظ تنفسك لتثبيتك في اللحظة الحالية . اسمح لوعيك بأن يتحوّل واسمح بتدفق مشاعرك وأحاسيسك بحيث تستوعب كل ما يدور حولك . لاحظ درجة الحرارة (صمت) . لاحظ الأصوات في البيئة (صمت) . عندما تكون مستعداً ، عُد بنفسك . تخيل نفسك وافتح عينيك .

التعرض والتقبل

التجارب التي تستهدف السلوك مفيداً جداً في التقييم الواقعي للخطر الحقيقي للنشاط المخيف . قبل الانخراط في التدريب السلوكي ، يتم صياغة فرض يتعلق بالنتيجة . على سبيل المثال ، تنبأت أوليفيا بأن قيادة السيارة وحدها سوف ينتج عنه –بالتأكيد- اصطدام، وقتل شخص ما بالسيارة . قد يقدّر المعالج النفسي والمريض عدد الناس الذين سوف يُقتلوا إذا قامت أوليفيا بقيادة السيارة في جزء معين من الطريق . لكي ما يتم تثبيط المريض عن الفحص (كشكل من أشكال منع الاستجابة) ، قد يسمح للمريض بقيادة السيارة في جزء واحد فقط مرة واحده . من الأفضل بناء التدريب بهذه الطريقة للحد من احتمالية المرور بخبرة النتيجة الأسوأ .

السمة الهامة في هذا التدريب تتمثل في نقل مسئولية النتيجة الأسوأ إلى المعالج النفسي ، بمعنى آخر ، في حالة ما قتلت أوليفيا شخصاً ما ، فإن المعالج النفسي يتحمل المسئولية عن ذلك . من المفيد جداً أن يكون هذا الترتيب واضحاً في شكل عقد مكتوب (مثلاً : لو وقع حادث سيارة ، فإن المسئولية تقع على عاتق المعالج النفسي) . لابد من تصميم هذا العقد جيداً مع المريض ، ويُشار إليها دوماً عندما يعيّن على المريض درجة غير مبررة من المسئولية لنفسه عن الأحداث التي لا يستطيع التحكم فيها .

الخطوة الأولى الضرورية لبناء تدريبات التعرض تتمثل في بناء سلسلة الخوف ، التي توضع فيها قائمة بمدى من المواقف التي يخاف منها المريض ، ثم تستخدم المواقف من السلسة لبناء تدريبات التعرض الحقيقي .

إن إعداد هذه القائمة مفيد جداً في التعرف على وتحديد الأبعاد وثيقة الصلة بخوف المريض . على سبيل المثال ، في حالة أوليفيا ، كلما كان الناس كثيرين ، والمرور وأقل بنائية ، كلما كان شعور أوليفيا بالقلق والتوتر أكثر (قيادة السيارة في منطقة متجر كبير أكثر تحديداً من قيادة السيارة على الطرق السريعة) .علاوة على ذلك ، من الواضح أنه في حالة حضور زوجها ، فإن الخوف لديها يكون أقل منه عندما تقود السيارة بمفردها . لذا ، فإن زوجها يمثل إشارة أمان ، ولابد من توضيح ذلك في العلاج (ينبغي ان يُجري التعرض بدون الزوج).

عند إعداد السلسلة ، كما هو واضح في جدول (3) ، من المفيد البدء بالمواقف التي ينتج عنها قلق بسيط نسبياً ، وأن يكون المريض على ثقة من إتمام التعرض بنجاح . الخطوات اللاحقة تدريجية ومتحديه بشكل تقدمي . بالإضافة إلى ذلك ، فإن نمذجة المعالج النفسي والمنع التام للاستجابة مفيد للغاية .

جدول (3) نموذج عيادي : سلسلة الخوف لدى أوليفيا الخاصة بمفردات قيادة السيارة

المفردة	الدرجة
1- قيادة السيارة في منطقة متجر بمفردي والناس يمشون من حولي	100
2- قيادة السيارة في منطقة متجر وزوجي معي	95
3- قيادة السيارة في منطقة سكنية وحدي	90
4- قيادة السيارة في منطقة سكنية وزوجي معي	85
5- قيادة السيارة على الطريق السريع مزدحم ومعي زوجي كمسافر	80
6- قيادة السيارة على الطريق السريع غير المزدحم وزوجي يتحدث في التليفون	70
7- قيادة السيارة على الطريق غير المزدحم وزوجي يجلس بجواري منبهاً	60
8- السفر في سيارة يقودها سائق ليس بخبرة ويقودها على طريق سريع غير مزدحم	50
9- السفر في سيارة يقودها سائق خبرة ويقودها على طريق سريع مزدحم	40
10- السفر في سيارة يقودها سائق خبرة ويقودها على طريق سريع غير مزدحم	30

ربما تُصمم تدريبات التعرض الأخرى للتشجيع على قياس الحقيقة . تحديداً ، فإن صدم شخص بالسيارة حدث واضح ينتج عنه اصطدام . الأفراد ذوو اضطراب الوسواس القهري لا يخلطون بين الصدامات البسيطة على الطريق وصدم شخص أو شئ ما . من المفيد للمريض أن يأخذ دور السائق ، أثناء ما يدور محرك السيارة ، ويضع السيارة في مكان المنتزه ، ويضع

قدمه على دواسة البنزين أثناء ما يقرع المعالج النفسي بيده بقوة على سطح السيارة ويصرخ بشدة .

هذا التدريب يمكن أن يقارب خبرة صدم شخص بالسيارة أثناء قيادتها ويمكن أن يُستخدم لمقارنة خبرة المريض في صدامات أخرى على الطريق .

هذا التدريب مفيد في تشجيع المريض على اختبار وقبول توتر المريض من خبرة الأصوات ، والطرقات ، والصرخات ، الصادرة عن شخص أمام السيارة . إن تشجيع المريض على تبني وجهة نظر تأملية مقبولة نحو هذه المثيرات غير المريحة يمكن أن تكون معاكسة بشكل فعال لاستراتيجيات التجنب الآلية (بما في ذلك استراتيجيات التجنب الانفعالي) . لذا ، لابد أن يُعلم المريض بأن يمر بخبرة عدم الراحة أو القلق إلى أقصى درجة ، في حين يقارب المعالج النفسي سيناريو الحالة الأسوأ .

عندما مرّت أوليفيا بخبرة التصورات الاقتحامية ، والحاجة الملحّة القوية لوضع السيارة في موضع القيادة ، وصدم المعالج النفسي ، فقد استخدم ذلك كفرصة لاستهداف انصهار التفكير – السلوك من خلال توضيح الفرق بين الفعل والتفكير .

الدعم التجريبي

لقد ثبت فعالية العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الوسواس القهري (van open & arntz,1994,whittal ,et al,2005) . أظهرت دراسات التحليل البعدي التي تم ضبطها بشكل عشوائي (Hoffman & Smits,2008) أن العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري ارتبط بحجم تأثير كبير مقارنةً بحالة تناول الدواء من أجل إرضاء المريض .

يمكن تعزيز تأثيرات العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري من خلال العلاج الطبي التقليدي للقلق (Hoffman,2009 ,Kushner et al,2007 ,Wilhelm et al,2008) .

الفصل السابع

التغلب على اضطراب القلق العام

قلق وولتر

يبلغ وولتر من العمر 41 عاماً ، أبيض اللون ، متزوج ، ويعول بنتين ، تبلغ الكبرى 8 سنوات ، في حين تبلغ الأخرى من العمر 5 سنوات . يعمل وولتر كمستشار مالي في شركة ضخمة ، يلتقي فيها مع العملاء ، وهو المسئول عن حسابات معاشاتهم . تزوج وولتر من جون البالغة من العمر 35 عاماً – وهي أمينة مكتبة- واستمر زواجهما لمدة سبع سنوات . أما الطفلتان ، فهما بالتبني . يصف وولتر نفسه بأنه نزّاع إلى القلق ، حيث لدية قلق زائد عن الحد بشأن ماليات الأسرية ، وصحته ، ومصاريف أولاده عند الالتحاق بالجامعة ، والسياسات ، والبيئة ، بالإضافة إلى أشياء بسيطة مثل تصليح السيارة ، والتسوق لشراء الملابس ، ونتيجة لهذا القلق ، فإن وولتر يجب أن يخطط للمستقبل . على سبيل المثال ، لدى وولتر خطة جيدة الإعداد لتعليم أبناءه في المرحلة الجامعية . في الماضي ، كان قلقلاً بخصوص إصلاحات السيارة ونتيجة لذلك تردد كثيراً على ورشة السيارات ، والفحص الكامل للسيارة حتى قبل أن يحدث بها أي عطل . في مناسبات عديدة ، يجد الميكانيكي مشكلات بالسيارة . هناك أنواع أخرى من القلق ، مثل القلق بشأن السياسات العالمية ، والبيئة ، وهذا القلق لا يمكن حله بالتخطيط المستقبلي ، وإن كان وولتر يرى هذا التخطيط محبطاً . غالباً ما يجد وولتر مشكلات في النوم ويشعر بالتوتر . تدرك جون هذا القلق وترى أنه مبالغ فيه ، كما أنها توبخه بشأنه . ومع ذلك ، فإنها تقدّر اهتمامه بالأسرة ، وأنه يهتم كثيراً بها وبالأولاد . وفي الوقت نفسه ، تتمنى أن يكون أقل قلقاً بشأن الأشياء البسيطة ، وتتمنى أن يهدأ ويستمتع بالحياة . جرّب وولتر العديد من الأدوية المضادة للقلق والتي وصفها له المعالج . في حين أن هذه الأدوية ساعدته نوعاً ما ، إلا أنه لم يحب الآثار الجانبية ، وتوقف عن تناولها .

تعريف الاضطراب

السمة المميزة لاضطراب القلق العام تتمثل في القلق المفرط بشأن عدد من الأشياء مثل العمل ، الأسرة ،الماليات ، الصحة ، المجتمع ، الشئون العالمية ، والأمور البسيطة مثل إصلاحات السيارة ، والتسوق لشراء الملابس .

لكي يلاقي معايير الدليل الإحصائي ، لابد للقلق أن يقدم أيام أكثر من ستة أشهر على الأقل ، وأن يصحبه توتر ، والشعور بالانفعال ، التعب السريع ، صعوبة في التركيز ، الاهتياج الشديد ، الشدّ العضلي ، ومشكلات النوم . كما ينبغي أن يتسبب القلق في توتر كلينكي وتداخل مع الأداء الاجتماعي ، والوظيفي ، والمجالات الأخرى الهامة . هذا الاضطراب منخفض في سلسلة الدليل الإحصائي ، ويرجع ذلك إلى أن اضطراب القلق العام لا يمكن تعيينه إذا كان مرتبطاً بالاضطرابات العقلية الأخرى . وجدت دراسات علم الأمراض أن متوسط سن استهلال اضطراب القلق العام هو 31 عاماً ، كما أعلن 50٪ من المرضى أن الاضطراب بدأ عندهم من سن 20، 47 عاماً (Kessler et al,2007) . كما أعلنت هذه الدراسات أن شيوع اضطراب القلق العام مرتفع لدى السيدات ومنخفض الدخل .

من الواضح تماماً أن قلق وولتر مبالغ فيه . على الرغم من أنه لديه وظيفة ثابتة ، ودخل جيد ، وأسرته تعيش حياة صحية ، ويعيشون جميعاً في بلد آمن ، إلا أنه يشعر بالقلق بشأن الحياة الصحية والمالية لأسرته ، والسياسات ، وأشياء بسيطة مثل سيارته . يرى وولتر أن هذا القلق لا يمكن التحكم فيه ، كما أنه يتداخل مع حياته . إن لدى وولتر نزعة للقلق ، كما أن هذا القلق يُنظر إليه على أنه جزء من شخصيته ، وفي الوقت نفسه ، فإن هذا القلق متداخل مع حياته ، ويسبب له التوتر . في معظم الحالات ، يشعر وولتر بأنه غير قادر على التحكم في هذا القلق ، وفي حالات أخرى ، يبدو القلق تكيفاً لأنه يحميه من المواقف غير المرغوب فيها في المستقبل . على سبيل المثال ، قلق وولتر بشأن سيارته جعله يذهب بالسيارة إلى الميكانيكي لفحصها قبل حصول أي شئ غير مرغوب فيه ، وفي بعض الحالات ، كان الميكانيكي قادراً على إصلاح مشكلة بسيطة قد تصبح مشكلة أكبر وتكلفة كثيراً . القلق ظاهرة شيقة .إن القلق بشأن الحدث المستقبلي ليس كتوقع الحدث (Hoffmann et al,2005) .

القلق عملية معرفية ينطوي بشكل رئيسي على نشاط لفظي ، وعلى أقل تقدير –ينطوي أيضاً على التصور– العملية العقلية ، والعملية التصورية عمليتان معرفيتان لهما تأثيرات مختلفة على الاستجابة النفسية –الجسمية للمادة الانفعالية .

على سبيل المثال ، التعبير اللفظي عن الموقف المخيف يستميل استجابة قلبية أقل من الموقف نفسه الذي يستميل تصوراً بصرياً ، لأن التعبيرات اللفظية تُستخدم كإستراتيجية للتخليص ، وعدم الانخراط . يشير هذا إلى أن النشاط اللفظي أثناء القلق أقل ارتباطاً بالنظم الانفعالية ، والفسيولوجية ، والسلوكية من التصورات ، ومن ثم قد يكون وسيلة ضعيفة لتجهيز المعلومات الانفعالية (Borkovec et al,1998) .

على سبيل المثال ، في أحد الدراسات الكلاسيكية التي أجراها بوركوفيك & هو (1990) borkovec & hu طُلب من مجموعة من الطلاب الذين لديهم قلق حديث تصور حديث مخيف أمام العامة أثناء تسجيل القلق الشخصي واستجابة ضربات القلب . قبل التصور البصري ، انخرطت مجموعة من الطلاب في تفكير استرخائي ، ومجموعة أخرى انخرطت في تفكير قلق ، ومجموعة ثالثة انخرطت في تفكير محايد . أعلن الطلاب في مجموعة القلق عن اعلي قلق شخصي ، إلا أن أفرادها كان تفاعلهم أقل من الطلاب في مجموعة الاسترخاء .

يبدو أن هذه النتائج تشير إلى أن القلق يمنع التجهيز الانفعالي للمواد المسببة للتوتر ، ولذا يحفظ بناءات الخوف المعرفي الانفعالي .

لذا ، يمكن تعريف القلق بأنه إستراتيجية تجنب معرفية .

على سبيل المثال ، قد يكون قلق وولتر من ضياع وظيفته إستراتيجية لتجنب التفكير في حدث كوارثي . على سبيل المثال ، قد يتمثل قلقه في انه حالما فقد وظيفته يظل عاطلاً ، وبالتالي تتركه الزوجة ويتركه الأولاد ، وقد يموت شحاذاً تحت إحدى الكباري . لذا ، فإن القلق بشأن الماليات ، الوظائف ، والصحة طريقة لتجنب سيناريو الحالة الأسوأ . غالباً ما يتم وصف هذه الحالة الأسوأ على أنها تصور ، ولحظيه (مثل الموت وحيداً ، معزولاً كالشحاذ تحت أحد الكباري) .

يعتقد بعض الباحثين أن أحد مظاهر القلق – وعامل الإرادة المعرفي ومتغير الاستعداد – يتمثل في عدم تحمل اللايقين (الشك) . يعرف عدم تحميل اللايقين بأنه مجموعة من

المعتقدات عن اللايقين في العالم . فالأفراد المرتفعون في مستوى عدم تحمل اللايقين يُفترض أنهم يرون العديد من مصادر الخطر في حياتهم اليومية عندما يواجهون مواقف غامضة أو مواقف لا يقينية .

على سبيل المثال ، الشخص المهتم بأن حدث ما غير مرئي قد يفسد عليه حياته العملية ، أو حياته الشخصية قد يشعر بالقلق بل وينخرط في قلق مفرط بشأن هذه القضايا كطريقه للاستجابة لهذه الشكوك (Ladouceur et al,2000) ، هذا المفهوم مماثل تماماً للنموذج المعرفي .

نموذج العلاج

هناك أشياء عديدة يمكن أن تستثير القلق – الأحداث في محل العمل ، شئون العالم ، السياسات ، الأخبار عن الاقتصاد ، أو التقارير عن المرض ، هذا قليل من كثير – في حالة وولتر ، يتمثل انكماش النشاط الاقتصادي مصدر إثارة لقلقه ، بشأن فقدان وظيفته . كما هو الحال بالنسبة لكثير من المرضى الذين لديهم إفراط في القلق ، فإن وولتر لديه معتقد ضمني بان القلق يمكن أن يمنع حدوث سيناريو الحالة الأسوأ (..قلقي بشأن وظيفتي سوف يساعدني في الإبقاء عليها") .

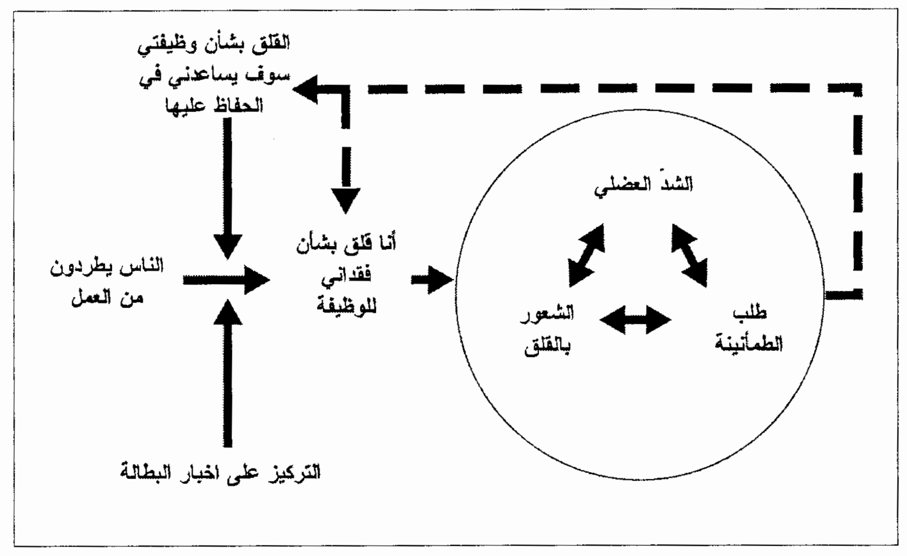
هذه المعتقدات بشأن وظيفة القلق يطلق عليها ما وراء المعارفmetacognitions ، وما وراء المعارف هذه هي المعارف التي تتحكم في التفكير وتراقبه ، وتقيّمه (wells,2009) .

يمكن تقسيم ما وراء المعارف إلى معتقدات ما وراء معرفية موجبة (مثلاً القلق بشأن المستقبل يعني أنني أستطيع تجنب حدوث الأشياء السيئة ") . والمعتقدات ما وراء المعرفة السالبة (مثلاً "القلق قد يضر مخي") أو ("أنا غير قادر على التحكم في قلقي") .

إن الإفراط في القلق يؤدي إلى مشاعر القلق ، الشّد العضلي ، وسلوكيات الأمان مثل البحث عن إعادة الطمأنينة . المظاهر الشخصية ، والفسيولوجية ، والسلوكية لردود الفعل الانفعالية نحو القلق تعزز من بعضها البعض ، وتعزز أيضاً المعتقدات ما وراء المعرفية بشأن القلق ، والقلق نفسه .

ونتيجة للاستدلال الانفعالي ، تصبح أنماط التفكير السالبة معززة لأنها - من ناحية - تنتج وجدانيات سالبة . على سبيل المثال ، لذا كان التفكير في الحدث المستقبلي يسبب التوتر (الشّد العضلي ، القلق ، إعادة التجنب عن الطمأنينة) ، إذاً فمن المحتمل أن الشخص المعرض للتأثير يفسر هذا كمبرر للقلق بشأن هذا الحدث . وهذا يغلق حلقة التغذية الراجعة الموجبة ، ويؤدي إلى الإبقاء على القلق .

الشكل (15) يصور دورة أحد أنواع القلق الرئيسية لدى وولتر – وهو قلقه بشأن فقدان وظيفته .



الشكل (15) دورة القلق لدى وولتر

استراتيجيات العلاج

فى قلب هذا النموذج تقع عمليات القلق ، المعتقدات بشأن القلق ، ونواتج القلق ، بما فيها النواتج النفسية – الجسمية ، والشعور بالقلق ، وسلوكيات البحث عن إعادة الطمأنينة . هناك استراتيجيات مختلفة يمكن أن تستهدف – بفاعلية – هذه المكونات المختلفة لدورة القلق .

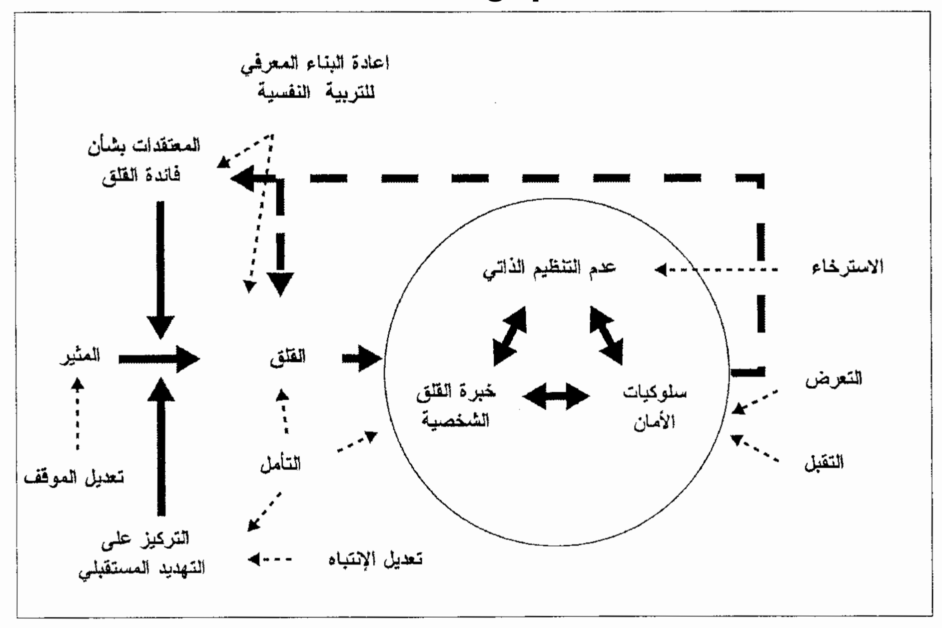
أولاً رفع الوعى بوظيفة القلق ، ثم مناقشة المعتقدات اللاتكيفية بشأن القلق — كل هذا يمكن أن يوقف الدورة عند حالتها الأولى . على سبيل المثال ، فيما يبدو أن قلق وولتر جزء من شخصيته . فهو نزاع إلى القلق ، زوج محب لزوجته ، وأب محب لأولاده، مهتم بالسعادة النفسية لأسرته .

حسب اعتقاده ، أنه محبوب ويقدّر بسبب سمات شخصية . كما أن وولتر يعتقد بأن قلقه يمكن أن يمنع حدوث أشياء سيئة فى المستقبل . على سبيل المثال ، يمكن لووتر تجنب الإصلاحات المكلفة للسيارة وذلك بأن يقوم — بشكل متكرر — باحضار السيارة للفحص حتى فى الأوقات التى لا تحتاج فيها لفحص وصيانة . بسبب هذا ، يبدو أن للقلق نواتج ايجابية بالإضافة إلى النواتج السالبة .

التأثير الأكثر سلبية يتمثل فى أن القلق بشأن فقدان الوظيفة — يزيد من قلقه وينتج عنه سلوكيات البحث عن إعادة التأمين — على سبيل المثال ، قد يتابع وولتر — عن كثب — الأخبار التى تتعلق بالموقف الاقتصادي ويناقش ذلك مع زملاءه فى العمل ، وهذا قد يزيد من قلقه بشأن وظيفته ويعزز من الاعتقاد بأن القلق بشأن الوظيفة هو المبرر الوحيد للحفاظ عليها .

هذه الدائرة المفرغة بين القلق ، المعتقدات عن القلق ، والنواتج السلوكية ، والشخصية ، والنفسية — الجسمية للقلق يمكن استهداف من خلال العديد من الاستراتيجيات المختلفة . تشتمل هذه الاستراتيجيات على : التربية — النفسية ، وإعادة البناء المعرفى لاستهداف القلق وما وراء المعرفة بشأن القلق ، والتأمل لاستهداف القلق ، والنتائج المرتبطة به ، وإستراتيجيات الاسترخاء لاستهداف المرونة الذاتية المصاحبة للقلق .

هذه المكونات يمكن تعديلها أثناء التعرض للقلق ، ومن خلال استخدام استراتيجيات التقبل ، يمكن تلخيص هذه الاستراتيجيات فى الشكل (16) ، كما نعرض لها تفصيلياً فيما يأتي .



الشكل (16) الاستراتيجيات التى تستهدف القلق

❖تعديل الموقف والانتباه

القلق عبارة عن استجابة لمثيرات خارجية يُنظر إليها على أنها تهديدات قوية . لذا ، لو تغيرت المثيرات ، فإن استجابة القلق سوف تتأثر بشكل طبيعى أيضاً . فى حالة وولتر ، فإن الأخبار عن الموقف الاقتصادي تستثير القلق لديه . إن محاولات كبح التركيز على المثيرات إستراتيجية غير فعالة فى ضبط هذه المثيرات .

مثل كبح التفكير ،فإن المحاولات الواعية لعدم التركيز على شيٍ ما تزيد –بشكل متناقص – من احتمال تركيزنا على ما لا نريد أن نركز عليه – لذا – فإن سؤال وولتر ألا يركز على الأخبار التى تتعلق بالمواقف الإقتصادى يأتى بنتائج عكسية .

مع ذلك، من المعقول أن نعطه تعليمات بأن يركز على الأشياء السارة الأخرى .فبدل من مشاهدة العرض فى التلفاز عن السياسات والموقف الإقتصادى ، يمكن أن نعطه تعليمات بأن يشاهد عروضاً أخرى مثل مسلسلات تليفزيونية ،أو (من الأفضل) قضاء الوقت خارج البيت يقوم فى هذه الأوقات بتمرينات رياضية مثل التزحلق على الجليد ،لعب الجولف ، أو السير فى الحدائق ، بدون إعلام وولتر بأن يكبح الأفكار ،التصورات،الدوافع ، أو الأشياء الملحة ، فقد كان المعالج النفسى قادراً على جعل وولتر يركز على المهام السارة التى لا ترتبط بالقلق

لديه . فقد ذهب ليتدرب على الجولف ، واستمتع كثيراً بهذه اللعبة الجديدة ، وهذا شجعه على التدريبات الرياضية خارج البيت ، وهذا كله قد انعكس إيجابياً على سعادته النفسية ،كما أن هذا أعطى وولتر الخبرة على أن الحياة اكبر بكثير من تراكمات القلق وسلوكيات القلق ، وأن هناك العديد من الأنشطة السارة الجديدة بالاكتشاف .

التربية النفسية .فى بداية العلاج ، اعتقد وولتر أن هناك ما يؤيد القلق أكثر مما يعارضه ، وأن القلق بوجه عام إستراتيجية تكيفية لمنع حدوث الأشياء الأسوأ .كما أن القلق يعدنا للمستقبل ويحمينا من الحاجة للتعامل مع الأحداث أ و المواقف غير المرغوب فيها فى المستقبل . يرى وولتر نواتج القلق غير المرغوب فيها على أنها الشئ الذى لابد منه لاستجابة تكيفية عامة .

عندما قدّم المعالج النفسى الفكرة لوولتر بأن القلق قد يكون المشكلة الأولى أو الرئيسية ،استجاب وولتر بشك ، ودهشة، كما سنوضح فيما يأتى .الحوار الآتى بين وولتر والمعالج النفسى يوضح الأسلوب المستخدم لمقارنة مميزات وعيوب القلق .

مثال عيادى : تأييد و معارضة القلق

المعالج النفسى : أخبرني عن قلقكس على وظيفتك . أنا أعرف أن الوظيفة أمان . لماذا تقلق بشأنها ؟

وولتر: أعتقد أن هذا فقط فى طبعى . أنا نزّاع للقلق .

المعالج النفسى : هل تعنى أنك قلق كثيراً بشأن أشياء عديدة ؟

وولتر : نعم ، هذا فى طبعى .

المعالج النفسى: هل تحب أن تكون قلقاً ؟

وولتر : لا أعتقد أن هناك فى العالم من يحب أن يكون قلقاً . لا أحب ذلك. ولكنى قلق.

المعالج النفسى : هل تحب أن تخفض من قلقك ؟

وولتر : بالتأكيد ، بكل ما تحمل الكلمة من معنى ، لا أحب أن أكون قلقاً بالمرة .

المعالج النفسى : ولكننا لا نعيش فى عالم مثالى ،أحياناً تسوء الأمور، صح ؟

وولتر:تمام

المعالج النفسى :ولكن هناك أشياء قد تسوء بشكل خطير صح ؟

وولتر:نعم ،كثير.

المعالج النفسى:مثل ماذا ؟

وولتر : قد أمرض أو أفقد وظيفتى ،ولا أستطيع مساعدة أسرتى .

المعالج النفسى : تعنى أن تكون عاطلاً ، و لا تجد وظيفة أخرى ؟

وولتر : نعم

المعالج النفسى : كيف ترى هذا ؟

وولتر : يصعب علىّ قول ذلك. الأخبار الاقتصادية مرعبة ، حتى الآن ، مازلت قادراً على الاحتفاظ بوظيفتى إلا أن معدّل البطالة فى أمريكا يقترب من 10٪ ، و كل المؤشرات الاقتصادية تشير إلى أننا مازلنا فى إرجاع .

المعالج النفسى : حتى الآن مازلت موظفاً فى وسط الإرجاع.

وولتر : هذا صحيح ، مازلت محظوظاً .

المعالج النفسى : هل هذا مجرد حظ؟

وولتر :قد لا يكون كذلك ،أعتقد أننى على وعى بالموقف أكثر من زملائى واصدقائى

المعالج النفسى :أنت مؤهل أكثر منهم ؟

وولتر:نعم .أعتقد ذلك .أنا أتابع الأخبار عن كثب ،وأتجنب الموقف السيى

المعالج النفسى : كيف تتجنب الموقف السيئ تسريحك من العمل؟

وولتر :أبذل كل جهدى لأتجنب هذا ،أقرأ الصحف ،أشاهد الأخبار ،أحصل على الأخبار من على الإنترنت ،وأناقش الأشياء مع الزملاء ،وحتى مع رئيس العمل.

المعالج النفسى :إذاً،القلق بشأن التسريح من العمل يعدك أعداداً جيداً لتجنبه.لقد كنت قلقاً بهذا الشأن كثيراً ،ويبدو أنه أفادك لأنك لم تسرّح من العمل من الواضح أننا لا نعرف ما إذا كنت قد فقدت عملك أم لا إذا لم تكن قلقاً بهذا الشأن ولم تجهز نفسك لهذا .كنا سنعرف هذا بالتأكيد لو كنا نعيش فى عالم آخر .فى الحقيقة ،الطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كان . قلقك يساعد على الإبقاء على وظيفتك هى ماذا ؟

وولتر:لا أعرف. قد تكون عن القلق .

المعالج النفسى :صحيح :الطرية الوحيدة لمعرفة ما إذا كان قلقك يساعدك على الإبقاء على وظيفتك هى التوقف عن القلق ، ولو توقفت عن القلق ، وفقدت وظيفتك ، فإن هناك فرصة كبيرة أن القلق السابق كان يساعد فى البقاء على وظيفتك .من الواضح أن هذه تجربة مروّعة لأن فقدان الوظيفة شى نريد تجنبه جميعاً . ولكن دعنا نفترض للحظه أن كل شي متساو ،القلق فى الحقيقة غير مرتبط تماماً بموقف التوظيف .لو أن

الأمر كذلك ، أى موقف تفضله – أن تكون قلقاً أم لا تكون قلقاً ؟

وولتر :لو اننى متأكد من الحفاظ على وظيفتى ،أفضل ألا أكون قلقاً بشأنها .

المعالج النفسى :لماذا ؟

وولتر:لأن القلق شى غير مرغوب فيه – عندما أكون قلقاً ،أشعر بالتوتر ،وشدّ فى العضلات ،وتصبح لدى مشاكل فى النوم .

المعالج النفسى :وهو كذلك .القلق له نواتج إيجابية ،كما أن له جوانب سلبية .فالقلق قد يساعد على تجنب سيناريو الحالة الأسوأ ومثل أن يطلق عليك أعيرة نارية ، وعلى الجانب الآخر ،فإن له أيضاً عدد من الجوانب السلبية .فأنت متوتر ، تشعر بالاضطراب ،وتبحث عن إعادة الطمأنينة من زملائك فى العمل ورئيسك فى العمل . فى أفضل سيناريو ، القلق شر لا بد منه ، سوفى أسوأ حالة . وهذا يعرف وولتر :لأن القلق غير مرغوب فيه – عندما أكون قلقاً، أشعر بالتوتر ، وشدّ فى بالتنبؤ بما سيحدث فى المستقبل – المحاولة الجادة لتجنب سيناريو الحالة الأسوأ من الممكن أن يجعل سيناريو الحالة الأسوأ احتمالية الحدوث .ما رأيك؟

❖عادة البناء المعرفى

لكى يتم تحديد وتعديل المعارف اللاتكيفية وربما يُطلب من المريض الانخراط فى القلق النشط (Borkovec& Shorplees,2004)

مثال عيادى :تدريب القلق

1- يحدد المريض و المعالج النفسى أحد القضايا التى تقلق المريض بشكل متكرر

2- يُطلب من المريض أن يغمض عينيه ويقلق بشأن هذا الموضوع بأسلوبه المعتاد لمدة دقيقة .

3- يسأل المعالج النفسى المريض أن يصف تفصيلياً الأفكار ،والتصورات ،وتدفق الإئتلافات التى حدثت أثناء فترة القلق

4- كرر القلق لمدة دقيقة وأطلب من المريض أن يعبر لفظياً عن الأنشطة المعرفية

5- أطلب من المريض أن ينتبة إلى المحتوى المعين كل مرة يبدأ فيها القلق ، وشجّع المريض على تحديد مثيرات القلق

إن هدف هذا التدريب هو تحديد المعارف السالبة المعينة التى تصاحب القلق ، يمكن عمل ذلك من خلال أسئلة مثل "ماذا توقعت أن يحدث؟ "، "بماذا أخبرت نفسك؟" فى الخطوة الأخيرة ، يتم تصويت الأفكار اللاتكيفية وتُستبدل استخدام طرائق تم مناقشتها بالفعل فى الفصول السابقة .

❖التأمل والاسترخاء

إن تدريبات التأمل مفيدة بشكل كبير في العديد من الاضطرابات ،خصوصاً إذا كانت المشكلة مرتبطة بالتفكير التأملي (التفكير فى أحداث الماضي) كما هو الحال فى اضطراب القلق الاجتماعى ، أو التفكير المقلق (التفكير فى الأحداث المستقبلية)، كما هو الحال فى اضطراب القلق العام ، واضطراب الوسواس القهرى .إن تدريبات التأمل تساعد الفرد على التركيز على اللحظة الحالية وتشجع على الوعي اللاحكمى من أجل المقاومة المباشرة للانشغال المسبق بأحداث الماضي أو أحداث المستقبل .من الممكن أن إستراتيجيات التأمل التى تركز على الصور تفيد فى كسب خطوة نحو الأفكار ، والتصورات، والدوافع المرغوب فيها (أنظر الفصل السادس).

كما أوضحنا فى الفصل الأول ، فإن انصهار التفكير – السلوك هو نتاج عدم القدرة على كسب خطوة من هذه الخبرات الداخلية – إن إستراتيجيات التأمل التى تركز على التصور ربما تُعلم المريض بأن يتحرر من هذه الخبرات .على سبيل المثل ، قد يطلب من المريض أن يحّول فكرة مقلقة إلى ورقه شجر تطفو فوق خليج صغير ،ثم يشاهد الورقة وهى تطفو بعيداً، أو يحوّل الفكرة إلى سحابة فى السماء ،ويشاهد الرياح وهى تحمل السحابة بعيداً.

هذه الإستراتيجية من الممكن أن تسر خبرة الأبعاد /عدم التركيز ويتعلم المريض أن "أنا لست أفكارى "،"الفكرة"، والقلق نتاج عقلى وليست حقيقية ، و"سوف أدع القلق يمر " وسوف أصبح على ما يرام ".

إن كثير من تدريبات التأمل والتفكر مفيدة ، وليس هناك تدريب وحيد يتفوق على غيره من التدريبات ، ولكن الأمر يعتمد على الشخص والمشكلة. علاوة على ذلك ،الأمر قضية تفضيل لأن بعض التدريبات تركز على الحس ، فى حين غالبية التدريبات تركز على التنفس . كما أن كثير فيها يركز على التصّور .

من الممكن أن تدريبات "اليوجا" التقليدية مفيدة جداً فى جعل الفرد يألف تدريبات التأمل – هناك تدريبات "يوجا"معينة – تلك التى تركز على التنفس – يمكن أن تكون مفيدة فى

الحد من الإثارة المفرطة الذاتية لدى بعض مرضى اضطراب القلق العام . نعرض مثالاً لهذا التدريب فيما يأتي:

مثال عيادى:تدريب تنفس اليوجا

اجلس على الأرض على سجادة أو سجادة يوجا فى وضع اليوجا (القدمان متقاطعان ومشدودتان نحوك ، وظهر مستقيم ، وزراعيك على فخذيك .ثم قم بعمل ما يأتى

1- وأنت تستنشق الهواء ،ركز على المسار الذى يأخذه نفسك ليدخل إلى جسمك . تنفس بشكل طبيعى ،لا تبطئ منه . ولا تسرع منه

2- نقى عقلك من التصورات والأفكار غير المرغوب فيها .اجعل هذه الأفكار تأتى وتروح ركز مرة أخرى على تنفسك .

3- ابدأ الاستنشاق بعمق خلال أنفك .

4- مارس التنفس البطنى ، وذلك بأن توقف منطقة الصدر ، وتوسع ويضّيق منطقة البطن ، وسعّ وضّيق بطنك مثل البالون وأنت تأخذ شهيق وزفير .انتبه إلى كيف تتمدد منطقة البطن وكيف تنكمش ،استمر فى التنفس العميق ،وأوقف منطقة صدرك .مارس هذا إلى خمس مرات تقريباً

5- بعد ذلك ،مارس تنفس الصدر ، أوقف منطقة البطن ، ووسّع ،وضيق منطقة الصدر .لاحظ كيف يعلو صدرك وينزل .استمر فى التنفس العميق ، وأوقف منطقة البطن .مارس هذا إلى خمس مرات تقريباً.

6- أثناء الزفير ،دع التنفس يخرج أولاً من أعلى الصدر . ثم من القفص الصدري ، وأجعل الأضلاع تتقارب من بعضها . وأخيراً،دع الهواء يخرج من بطنك

7- مارس هذا النشاط أو تدريب التنفس المكونة من ثلاثة أجزاء لمدة عشرة أنفاس

❖التعرض والتقبل

القلق سلوك وهمى من الناحية الوراثية .إنه محاولة للتحكم فى ما لا يُتحكم فيه (المستقبل) .كل منا سوف يتعامل مع مآسي حالياً أو لاحقاً .مثلاً حدوث الوفاة فى الأسرة.المرض،الفشل،الإخفاقات.إنها ببساطة قضية وقت حتى نواجه شخصياً هذه الأحداث .

بعض الناس يمرون بكثير من هذه الضغوط ، الأحداث البغيضة ، والمآسي أكثر من غيرهم . من الممكن –إلى حد ما- تجنب هذه الأحداث من خلال التأمل والانخراط فى سلوكيات تقلل من احتمالية الحدوث . ومع ذلك، فإن هناك أحداث أخرى كثيرة لا يمكن تأملها أو أن هذه الأحداث تقع على الرغم من أخذ الحيطة . تتمثل رغبة الإنسان فى التحكم فى مصيره ومنع الأحداث الكوارثية مثل الموت ،والإعاقات ، والكوارث الطبيعية ، والكوارث التى تقع من فعل الإنسان . وهذا كله يبرر علة أن عمل التأمين صناعة مربحة .

القلق- كما أوضحنا من قبل – تعبير غير طبيعى عن هذه الرغبة التكيفية الطبية والارتقائية لإعداد أنفسنا للمستقبل ، وتجنب الأحداث السالبة من الوقوع لنا ولأنسابنا .ومع ذلك، فإن الإفراط فى القلق غير تكيفى .على الرغم من أن القلق نفسه نشاط غير سار ،،إلا أنه باق لأن التوتر الذى يصاحبه يصادق على القلق نفسه من خلال الاستدلال الوجدانى .

بالإضافة إلى ذلك ،فإن سلوكيات الأمان إستراتيجيات تجنب تحصّن القلق من التحريف ومن ثم تحفظه لأن المريض غير قادر على فحص ما اذا كانت النتيجة المقلقة سوف تحدث بالفعل أم لا .

التعرض للقلق ، وتقبل القلق إستراتيجيات تستهدفان العمليات التى تبقى على القلق .فالتعرض للقلق يشجع المريض على تخيل سيناريو الحالة الأسوأ التى يتم تجنبها بالقلق .بمعنى آخر ، يُنظر على القلق على أنه إستراتيجية تجنب معرفة يتم تأملها لفظياً عن سيناريوهات الحالة الأسوأ . يمكن استكشاف هذه السيناريوهات بشكل فعال من خلال استخدام النصوص المكتوبة التصورية .

فيما يأتى نعرض المثال عن أسلوب التعرض للقلق

مثال عيادى: التعرض للقلق

المعالج النفسى :دعنا نستكشف قليلاً قلقك بشأن عدم توظيفك .ما الذى يقلقك بالضبط؟

وولتر :أنا قلق بشأن عدم قدرتى على الحصول على أو إيجاد وظيفة أخرى .

المعالج النفسى :وماذا بعد ذلك ؟وولتر:هذا أمر فظيع .فأنا لدى أسرة لابد لها من إعالة ، ولا بد من أدفع الرهان ، وأسد ديونى ، وقرض السيارة ، وأدفع مصاريف مدرسة الأولاد .

المعالج النفسى :أنت تحمل على عاتقك مسئولية عظيمة . ماذا لولم يكن معك مال لتدفع لكل هذه الأشياء ؟

وولتر :لا أعرف من المحتمل أننا سوف نتعدى على مدخراتنا .

المعالج النفسى : وماذا يحدث لو أنفقت كل مدخراتك ومازلت غير قادر على إيجاد وظيفة أخرى؟

وولتر :آه ،لا أعرف ،ربما أرهن البيت.

المعالج النفسى : وماذا لو نفد المال كله،نفدت مدخراتك ولم تجد أى إنسان يقرضك مالاً، ماذا سيحدث؟

وولتر :لا أعرف .ربما تتركنى زوجتى ، وتأخذ معها الأولاد وتتزوج بآخر ، ومن ثم أعيش أنا فى الشارع .

المعالج النفسى :نعم هذا موقف قد يكون سيئ جداً. ماذا تعتقد احتمالية أن تنتهى حياتك فى الشارع وحيداً طريداً لو فقدت وظيفتك؟

وولتر :لا أعرف ،ليس احتمال كبير

المعالج النفسى : لماذا لا تعطنى رقم على مقياس من الصفر (غير محتمل تماماً) إلى100 (محتمل تماماً)

وولتر : ربما30٪

بعد مناقشة مفهوم المبالغة فى تقدير الاحتمالية (انظر الفصل الرابع)،يعترف وولتر بأن احتمالية عيشه فى الشارع ضعيفة ، وبعد بعض المناقشات وصل تقديره لها إلى 1٪

المعالج النفسى: الآن ، دعنا نعتبر لمدة دقيقة سيناريو الحالة الأسوأ هذا .من

فضلك،تخيل لمدة دقيقة أن أسوأ مخاوفك وقعت بالفعل :فقدت وظيفتك ،كنت غير قادر على إيجاد وظيفة أخرى ،نفدت كل مدخراتك، تركتك زوجتك ،ورحل عنك أولادك ،وتعيش وحيداً فى الشارع .هل يمكن أن تفكر فى صورة معينة تمثل ذلك كله؟

وولتر :أكيد .أنا أجلس تحت كبرى، وأتغطى بأحد البطاطين الرمادية .

المعالج النفسى :عظيم .أى فصل من فضول السنة

وولتر :الجو بارد. ربما فى آخر الشتاء . أنا أرتجف . الجو بارد ، وأنا أتجفف من المطر .

المعالج النفسى :ما تفعله عظيم جداً ! تشعر بالبرد ، وملابسك مبللة، وتتغطى ببطانية رمادية ، وتجلس تحت كبرى ، فقيراً وحيداً .من فضلك أغمض عينيك الآن وتخيل هذا المشهد . حاول أن تضع نفسك فى الموقف وحاول أن تمر بهذه الخبرة إلى أقصى درجة ،ببساطة تقبل الوضع على ما هو عليه .لو طرأت ببالة فكرة تشوش عليك هذه الصورة ،أو رغبة فى إبعاد هذه الصورة ، اعترف بها بكل بساطة ، وعاود مرة أخرى التركيز على الصورة .حاول أن تمر بخبرة المشاعر التى تصدر عن هذه الصورة بدون الحكم عليها ،وبدون محاولة أن تجعل الصورة أفضل .تعامل معها بنفس الطريقة التى تعاملت فيها مع تدريب التأمل الذى قمنا به سابقاً .ولكن هذه المرة ،ضع نفسك فى الموقف عندما تكون جالساً تحت الكبرى ،مبلل، وتشعر بالبرد، وحيداً .ممكن تحاول؟

من المحتمل ان هذا التدريب يستميل مشاعر سالبة . الميل الطبيعي يتمثل فى كبح الوجدان السالب أو استخدام استراتيجيات أخرى للحد من الخبرة السالبة . مع هذا التدريب ، من المفيد تقديم التقبل كمدخل مختلف للتعامل مع هذه الانفعالات السالبة . نعرض فيما يلى لمثال على التقبل (Campbell-Sills etal ,2006):

مثال عيادى :إستراتيجية التقبل

غالباً ما يعتقد الناس أن الوجدانيات السالبة لابد التحكم فيها ومنعها .فقد يتعلم الأفراد منذ بداية حياتهم أن عليهم التحكم فى الأفكار والمشاعر السالبة ، كما قد يُقال لهم أشياء مثل :"توقف عن القلق "أو" ألق كل هذا وراء ظهرك "علاوة على ذلك ،أنت ترى الآخرين يتحكمون فى مشاعرهم فى مناسبات عديدة ، مثل :الجنائز ،أو فى مواقف الأزمات ، مما يجعلك تعتقد أن على الناس دائماً محاولة التحكم فى انفعالاتهم . على فرض أن قد ممرت بخبرة بعض الصعوبات فى الانفعالات مثل القلق أو الحزن فى حياتك ،ومن ثم من الطبيعى ، ومن المعلوم أن تبذل جهداً لإعاقة هذه المشاعر الطبيعية نسبياً من الممكن بالفعل أن تضخم من توترك وتطيله ،وليس تجعل الموقف أفضل .لذا، هل يعنى كلامى هذا أن تتمنع عن تغيير خبراتك الانفعالية ؟ لا، ما أردت أن أقوله هو أن هناك نضال آخر أو معركة أخرى بديلة مع انفعالاتك يُطلق عليها **التقبل** ، والتقبل يعنى أن لديك الرغبة فى المرور بخبرة هذه المشاعر إلى أقصاها ، وأنك لا تخاف أن تتحكم فى انفعالاتك ولا تحاول تغيرها بأى طريقة .هل يعنى كلامى أن تتحمل الراحة والتوتر ؟ لا ، ما أردت أن أقوله هو أن أحد الطرق للتفكير فى انفعالاتك ليس كشئ عليك دائماً التحكم فيه وتقييده لكى تعافى ولكن كردود فعل طبيعية تحدث ،وتنضج، ثم تتلاشى دون أن تؤدى إلى أى نواتج مفرغة ،وبدون أن تناضل أو تحارب انفعالاتك تماماً. إن تقبل انفعالات مثل القلق والحزن قد يكون صعباً خصوصاً عندما تخبرك العادة المعتادة فى مشكلة . هل حدث ذات مرة وكنت تقود السيارة على لوح من الثلج وفقدت تحكمك ؟ عادة ما يتمثل الخطأ الذى يقع فيه الناس فى أنهم يحاولون تصويب الموقف بالتوجه إلى الاتجاه المعاكس الذى ينزلقون منه .هذا قد يكون مفيداً ،ولكن الإستراتيجية الأكثر فعالية أن تفعل العكس – أن تدير العجلة فى اتجاه الانزلاق . ما أريد أن أقوله هو أن التعامل الفعال مع انفعالاتك قد يكون مشابهة لهذا تماماً . السماح لنفسك ان تشعر بالمشاعر السالبة ضد ردود فعلك الطبيعية .ومع ذلك، مثل التحول إلى اتجاه الانزلاق طريقة أفضل للتعامل مع حالات الطريق الجليدي ، فإن الميل نحو انفعالاتك والمرور بها قد بكون أفضل للتعامل مع المواقف الوجدانية .لذا، إذا حدثت الانفعالات أثناء مشاهدتك للسلسلة التالية من الصور ،اسمح لنفسك بتقبلها ، وظل مع انفعالاتك بدون محاولة التخلص منها .إحجم عن محاولات تشتيت انتباهك ، أو الحد من انفعالاتك .أعط لانفعالاتك الفرصة لتسلك طريقها ،وأنظر ماذا يحدث .

الدعم التجريبى

أُجريت العديد من الدراسات التحليل البعدى لدراسة فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لاضطراب القلق العام (Borkovec & Ruscio,2001,Hoffmann&Smits, 2008)
أظهرت هذه الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى فعال فى الحد من أعراض اضطراب القلق العام على المدى القصير والمدى البعيد .على سبيل المثال ، استعرض بوركوفيك & روسيكو Borkovec& Ruscio 13دراسة اشتملت على العلاج المعرفى السلوكى للاضطراب القلق العام .أشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى الحد من القلق بعد العلاج أكثر من المجموعات الضابطة وكان الانحراف المعيارى أكثر من واحد (1.9) .
أظهرت المقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج الذى يشتمل على تناول الدواء لإرضاء المريض حجم تأثيره متوسط (1.5) بعد العلاج (Hoffmann &Smits,2008).

ومع ذلك ،ينبغى ملاحظة أن بروتوكولات العلاج المعرفى السلوكى هذه لم تشتمل على إستراتيجيات التدخل الحديثة مثل التدريب على التأمل والإستراتيجيات ما وراء المعرفة التى تستهدف المعتقدات عن الفوائد القوية للقلق.

الفصل الثامن

التعامل مع الاكتئاب

الحالة النفسية لمارثا

مارثا سيدة بيضاء ،تبلغ من العمر 39 عاماً،متزوجة،وأم لطفل يبلغ من العمر 14 عاماً .مارثا لديها شهادة جامعية فى الأدب الإنجليزي ،ومنذ مولد ابنها فريدرك وهى قابعة فى بيتها تعكف على تربيته .فى أوقات فراغها ،تكتب مارثا الشعر ،والمسرحيات .يعمل زوجها مهندساً معمارياً. تتسم علاقاتها مع زوجها بالقسوة مع فترات كثيرة . يذكر زوجها أن هناك صراعات زوجية فى فترات كثيرة ،إلا أن هذا لا يعنى أى مشكلات زوجية خطيرة .هناك شبه إجماع منهما بأن اكتئاب مارثا يؤثر سلبياً فى الغالب على علاقاتها مع زوجها .على نحو مشابهة فإن الخلافات مع زوجها غالباً ما تستثير الأحداث الاكتئابية .فى الحقيقة ،حتى المناقشات البسيطة تستثير حالة الاكتئاب .هذه الحوادث تعزز شعورها بقلة القيمة وعدم الحب ،وفى كثير من الأوقات تستشعر أن زوجها سوف يتركها .ومع ذلك، لم يصدر عن زوجها أى تهديد بهذا .عندما تشعر مارثا بالاكتئاب ،تنسحب من العلاقة مع زوجها وأسرتها وتمر بشعور قوى من الفراغ واليأس ،كما ترى نفسها على أنها عديمة القيمة ،وغير مرغوب فيها .عادةً ما تلوم مارثا نفسها على الدخول فى مناقشات مع زوجها، وتعزو الخلافات إلى قصور فيها كزوجة .وأثناء حالة الاكتئاب ،تفقد مارثا اهتمامها بهواياتها (الكتابة ، القراءة ،والذهاب إلى المسرح مع زوجها) وتفقد شهيتها للطعام ،ويصبح كل ما ترغب فيه هو أن تختفى عن الأنظار ، وتجد ضالتها فى البقاء فى السرير والنوم كثيراً .أثناء حالة الاكتئاب هذه، والتى تستمر من ستة أشهر إلى سنة فى المرة الواحدة ، تشعر مارثا بعدم القدرة على القيام بالمهام الأساسية فى المنزل .مع الوقت ، تفكر فى الانتحار ، ولكن لم تكن لديها خطة وتنكر تفكيرها فى الانتحار ، خوفا على أسرتها ؟ أعلنت مارثا أن أول شعور بالاكتئاب انتابها وهى فى الخامسة والعشرين من عمرها ؟ بعد ولادة ابنها بفترة قصيرة .منذ ذلك الوقت ، ويتكرر حدوث الاكتئاب لديها مرة على الأقل كل سنة . هذه الأوقات لا يمكن التنبؤ بها ، ولكن تحدث بعد تغيرات رئيسية فى حياتها مثل :بعد الانتقال من بيتها .

تعريف الاضطراب

الاكتئاب أحد أكثر المشكلات النفسية شيوعاً . معّدل الانتشار ذي الاثنا عشر شهراً للاكتئاب أحادي القطب هو 6.6٪ ، ومعّدل الانتشار خلال فتره الحياة هو 16.2٪ (kessler et al,2003) . حالة الإكتئاب لدى مارثا ليست شاذة . تمر الإناث أكثر من المذكور بمرتين بالاكتئاب . غالباً ما يبدأ الاضطراب في مرحلة المراهقة المتأخرة ، والرشد المبكر . يعلن 25٪ من الكبار المكتئبين أن الاكتئاب بدأ عندهم قبل مرحلة الرشد ، و50٪ أعلنوا البدء في سن الثلاثين (Kessler et al,2005) .

أما في حالة مارثا ، فقد بدأ عندها الاكتئاب – متفقاً مع هذه الإحصاءات- في سن الخامسة والعشرين ، وتحّول إلى حالة مزمنة . في حين أن غالبية الأفراد (70 تقريباً) يشفى خلال عام ، إلا أن الكثير منهم يمرون بمشكلات حتى بعد 5 سنوات من الاستهلال (Gotlib & Hammen,2009) – إذا لم يتم علاج الاكتئاب بشكل كافٍ ، فإنه عادة ما يستمر بين أربع شهور إلى سنة . تجدر الإشارة إلى أن انتكاسة (بين 50٪ و85٪ يمرون بأحداث متعددة (Coyne et al,1999 , Solomon et al,2000) . كما هو الحال في حالة مارثا ، فإن هذه الأحداث يمكن أن تصحبها الضغوط ، ولكن ليس بالضرورة ، عدد قليل فقط من المرضى (21.7٪)يتلقون علاجاً كافياً خلال فترة إثنا عشرة شهراً .

فيما يبدو أن اكتئاب مارثا مرتبط بمشكلات بينشخصية . من الطبيعي أن الاكتئاب مرتبط بالمشكلات أو التغييرات البينشخصية مثل مثل الزواج ، الطلاق ،الصراع الزوجي ، فقدان شخص عزيز ، فقدان وظيفة ، الانتقال إلى سكن جديد ، ميلاد طفل . لذا ، فإن فهم السياق الاجتماعي والبينشخصي للاكتئاب من الممكن أن يؤدي إلى طرائق جديدة للتعامل مع الاكتئاب الحالي والأحداث المستقبلية إن الأساليب العلاجية النفسية لاستكشاف وتغيير العوامل الاجتماعية والبينشخصية التي قد تسهم في الاكتئاب هي الأساس للعلاج النفسي البينشخصي .(Weissman et al,2007) .

على الرغم من أن العلاج النفسي البينشخصي مناظر للعلاج المعرفي السلوكي التقليدي للاكتئاب ، إلا أن هناك بعض الفروق الجديرة بالملاحظة حيث لا يفترض العلاج النفسي البينشخصي أن المعارف اللاتكيفية مرتبطة بالاكتئاب . بدلاً من ذلك ، فإن الاكتئاب يُرى على أنه مرض طبي ، والمشكلات البينشخصية يمكن أن تُعزى لأعراض هذا الاعتدال . لذا ، فإن العلاج النفسي البينشخصي يركز قليلاً على المعارف، ويخاطب الحزن ، الخلافات البينشخصية ، والقصور البينشخصي ، وانتقال الأدوار .

نموذج العلاج

هناك أسباب عديدة للاكتئاب ،ولكن القليل من الأفراد الذين يمرون بالأحداث الاكتئابية الرئيسية . غالباً ما تحدث أشياء غير متوقعة ، وبض هذه الأشياء غير مرغوب فيها بشكل كبير ، بل حتى بعض هذه الأشياء جارح ، حيث إننا قد نفقد وظيفة ،أو تنتهى علاقة مع شخص ما ، أو قد يعانى طفل من مرض خطير . من غير المحتمل أن تحدث هذه المآسي فى أى وقت ،الأ أنه من المحتمل مرور الناس بخبرة بعض المآسي عند نقطة معينة فى المستقبل ،وهذا يرجع- ببساطة- إلى أن العالم لا يمكن التنبؤ به ،كما أن تحكمنا فى المستقبل محدود . حتى لو أن الأشياء تسير بشكل جيد عند أى نقطة فى حياتنا ،فإن كل شئ سوف ينتهى لأننا سوف نموت الآن أو غداً ، وبالتالى سوف تنتهى كل الأشياء الجيدة . من هنا فإن هناك أسباب عديدة تجعل الفرد مكتئباً . هناك سؤال يطرح نفسه "لماذا لا يشعر الكثير من الناس بالاكتئاب ؟".

السبب وراء عدم دخول الأفراد الأصحاء فى دوامة الاكتئاب يرجع إلى التحيز الإجابى . فالأفراد الأصحاء من المحتمل أنهم يعزون الأحداث الموجبة لأنفسهم ويعزون الأحداث السالبة للآخرين (Menzulis etal ,2004) .

فيما يبدو أن هذا التحيز العزوى الذى يخدم الذات مفقود أو قاصر لدى الأفراد المكتئبين الذين يميلون إلى عزو الأحداث السالبة إلى أسباب داخلية (شئ ما عن الذات) ، وثابتة (الباقية) ، عامة . قد تكون تلك الأسباب نقص القدرة أو تصدعات الشخصية .

أسلوب الفرد هذا يوحى بأن الأحداث السالبة من المحتمل أن تعاود الحدوث فى المستقبل عبر مدى واسع من المجالات ، مما يؤدى إلى يأس واسع الانتشار ، بالإضافة إلى هذا التحيز العزوى الذى يخدم الذات ، فإن الأفراد الأصحاء يظهرون وهم التحكم فى الضغوط (Abramson &Seligman ,1978,Alloy & Clements,1992).

يتسم الاكتئاب بالتصدع أو غياب هذه التحيزات المعرفية الموجبة ، مما ينتج عنه قياس أكثر واقعية لطبيعة الضغوط التى لا يمكن التحكم فيها ، ولا يمكن التنبؤ بها ، وهذا ما يطلق عليه الحقيقة الإكتئابية Depressive Realism (Mischel,1979) .

ويتفق هذا مع الفكرة التى مؤداها أن الأفراد الأصحاء –مقارنة بالأفراد ذوى الاكتئاب– يظهرون درجة ملحوظة من المرونة عند مواجهة الأحداث المأسوية .عندما يطلب منهم التنبؤ بالكيفية التى يشعر بها الفرد فى المستقبل ،فإن هؤلاء الناس غير قادرين على تجاهل الحالة الراهنة وسوف يقيمون تنبؤهم المستقبلي جزئيا على اللحظة الحالية (Gilbert , 2006) ، ونتيجة لهذا التنبؤ الإنفعالى ،لا يستطيع الأفراد المكتئبون تخيل احتمالية الأحداث المستقبلية عندما يفكرون فيها (Macleod &Cropley ,1996) الضغوط مثير شائع للاكتئاب فى حالة مارثا ،الضغوط الممتدة (مثلاً :الانتقال إلى بيت جديد ،أو مهنة جديدة)،والضغوط الحادة .(مثلاً :الخلافات مع الزوج) يمكن أن تستثير بكل سهولة الأحداث الاكتئابية .

بالإضافة إلى ذلك، فإن الضغوط الشخصية مثيرات قوية . كما هو الحال بالنسبة للأفراد المكتئبين ، فإن لدى مارثا معتقدات سالبة قوية (مخططات) عن نفسها (مثلاً : أنا عديمة القيمة ، كما لا يحبنى أحد)، وهذه المعتقدات يتم التعبير عنها كتنبؤ سلبى بعلاقاتها (مثلاً : زوجى سوف يريد ان يتركنى ") .

من غير الواضح ما إذا كانت المشكلات فى العلاقة هى السبب الرئيسى فى الاكتئاب لدى مارثا . يعترف زوجها بوجود مشكلات فى العلاقة ، ولكن لا يعتقد بأن هذه المشكلات غير عادية . كما أنه يعتقد بأن الاكتئاب نتيجة وسبب للخلافات ، ويعتقد أيضاً بأن علاقتهما سوف تتحسن كثيراً إذا استطاعت أن تسيطر على اكتئابها ، ومع ذلك ، فإن النقطة الحاسمة تتمثل فى أن مارثا تبدو غير راضية . تشير بيانات علوم الأمراض إلى أن الأزواج غير الراضين ينمو عندهم الحدث الاكتئابي أكثر من الراضين ثلاث مرات خلال فترة عام ، وأن

30٪من الحدوثات الجديدة للاكتئاب ترتبط بعدم الرضا الزواجى (Whisman &Bruce 1999), .

لذا من المفيد بشكل كبير تضمين الآخرين فى العلاج (Oelary &Beach 1999) والتفكير فى العلاج البينشخصي Interpersonal Therapy.خصوصا كعلاج إبقائي للاكتئاب لدى الكبار (Reynolds etal 2006). فى حالة مارثا ،فكر المعالج النفسى البينشخصى هو أفضل خيار علاجى .

عندما استكشف المعالج النفسى ومارثا العوامل المساهمة فى الأحداث الاكتئابية لديها ،أصبح من الواضح أن العوامل الاجتماعية فى الطليعة- غالباً. على سبيل المثال ،القرار الذى اتخذته مارثا بالبقاء فى المنزل لرعاية طفلها جلب العديد من التحديات .على الرغم من حبها الشديد لأسرتها ، ورغبتها فى عمل أى شيئ من أجلها ، الا أنها رأت ضرورة تخليها عن بعض أحلامها من أجل الأسرة .

أثناء العلاج ، وقع الوقت ، عبّرت مارثا عن استيائها ،الذ ى ارتبط بمشاعر الذنب المتعلق بالشعور بالاستياء والأنانية .بعض الأحداث الأكثر سوءً الخاصة بالاكتئاب كانت تقع بعد الخلافات مع زوجها .عند الكشف عن أسباب الاستجابة ،أصبح من الواضح أن مخاوف أن يتركها زوجها تسهم فى بعض مشاعر الاكتئاب لديها .

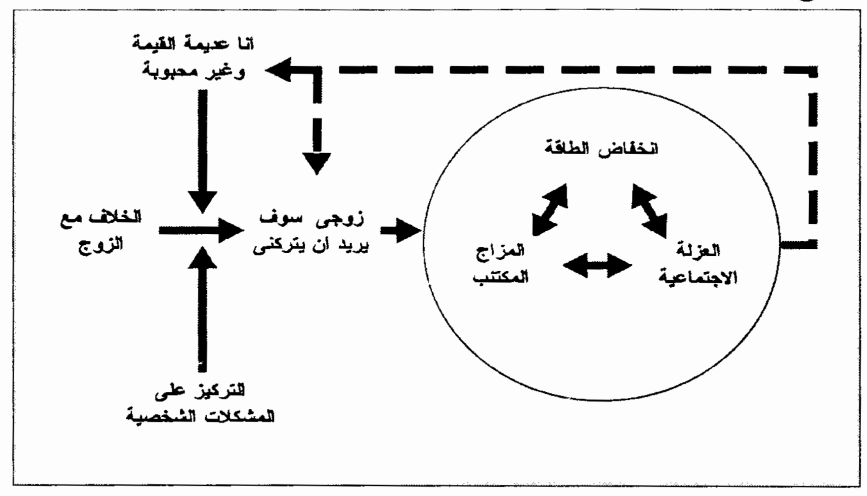
تذكرت مارثا أن علاقاتها مع والدها كان يشوبها الصراع ،وكانت تشعر بأنه لا يفهمها ، ولا يحبها . على الرغم من أنها لم تفكر فى ان زوجها سوف يتركها ، إلا أنها قلقة من أنه سوف- يجد امرأة آخرى ويتخلى عنها .أدركت مارسا أن مخاوفها من الهجر وقلقها من عدم حب زوجها لها قد ترتبط بمخاوفها وقلقها بشأن علاقاتها مع زوجها .

على الرغم من أن الخلافات مع زوجها ليست حادة ، إلا أنها تميل إلى التفكير فيها بشكل مبالغ فيه ، حتى لمدة أسابيع بعد وقوعها . أعلنت مارثا أن زوجها – مع الوقت- لا يذكر هذه الخلافات التي تفكر مارثا فيها لأسابيع .

كما أظهرت مارثا عدداً من المعتقدات اللاتكيفية والأفكار اللاتكيفية المرتبطة بهذه المشكلات البينشخصية . تحديداً ، تقفز مارثا سريعاً نحو المعتقدات الكوارثية (مثلاً : "زوجي يريد أن يتركني") بعد هذه الخلافات ، وهذا يؤدي إلى انخفاض الطاقة ، المزاج المكتئب ، والعزلة

الاجتماعية . تنسحب مارثا من العلاقات الاجتماعية ، ويتأثر زواجها سلبياً باكتئابها ، ومن الواضح أن صراعاتها الزوجية تستثير –وحتى تسبب– الاكتئاب لديها .

من خلال الفحص الدقيق للحدث الاكتئاب ، يتبين وجود علاقة وثيقة بين الضغوط فى العلاقة ، ومعتقداتها اللاتكيفية ("أنا عديمة القيمة وغير محبوبة ") ، وأفكارها الآلية (" زوجي يريد أن يتركني ") ، ومزاجها الاكتئاب ، وطاقتها المنخفضة ، وعزلتها الاجتماعية . المتلازمات الاكتئابية هذه تعزز من معتقداتها اللاتكيفية وأفكارها الآلية ، وهذا يرجع – جزئياً إلى الاستدلال الانفعالي لعقلنة اكتئابها ، ومن ناحية أخرى لأن الاكتئاب لديها يخلق الخلافات من زوجها ، وهذا يُصدق على قلقها بشأن العلاقة ، الشكل (17) يوضح اكتئاب مارثا .



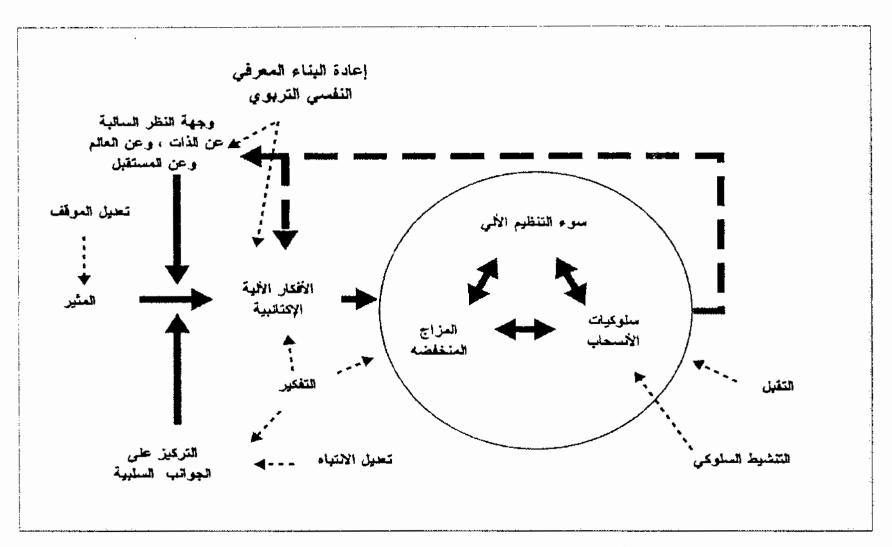
الشكل (17) اكتئاب مارثا

استراتيجيات العلاج

الأحداث السالبة ، المآسي ، والخسارة الشخصية – هذه لا يمكن تجبها في حياة الفرد . فمن الطبيعي المرور بخبرة أحداث انخفاض المزاج ، أو الشعور المؤقت بالاكتئاب عند وقوع هذه الأحداث . ومع ذلك ، ينمي القليل من الأفراد اعتلالاً عقلياً ، ويمرون بالاكتئاب نتيجة هذا .

ما يميز الأفراد المكتئبين عن غير المكتئبين ليست خبرات الضغوط ذاتها ، ولكن استجاباتهم لهذه الضغوط . لذا ، فإن الاكتئاب -بوجه عام- نتاج استراتيجيات المجابهة اللاتكيفية للضغوط ، مع وجهة النظر السلبية عن الذات ، وعن العالم ، وعن المستقبل ، والتركيز الانتباهي الشديد على المظاهر السالبة للمثير .

يمكن تقسيم استراتيجيات المجابهة بشكل واسع إلى الإستراتيجيات التي تركز على المشكلة ، والاستراتيجيات التي تركز على الوجدان الانفعال) (carver et al,1989, lozarus,1993) . ومن أمثلة الاستراتيجيات المجابهة التي تركز على المشكلة محاولات تعديل الموقف والمثيرات ، أما الاستراتيجيات الأخرى ، فهي التدخلات التي تركز على الانفعال . الشكل (18) يلخص هذه الاستراتيجيات ،وسوف نعرض لها تفصيلياً أدناه .



الشكل (18) الاستراتيجيات التي تستهدف الاكتئاب

- **تعديل الموقف**

يرتبط الاكتئاب لدى مارثا ارتباطا وثيقاً بالمشكلات في العلاقة مع زوجها ، كما أن هذه الصراعات الزوجية هي التي تستثير – بشكل متكرر- الاكتئاب ، ويمكن أن تشكّل الاكتئاب ، مكونه بذلك دائرة مفرغة . تجدر الإشارة إلى أن العمل مع زوجها فريديريك

من أجل تحديد وحل بعض المشكلات الزوجية من الممكن أن يعدّل –بشكل فعال– من بعض مثيرات الاكتئاب لدى مارثا .

- **تعديل الإنتباه**

إن تشجيع مارثا على تركيز انتباهها على المظاهر الإيجابية لحياتها من الممكن ان تكون إستراتيجية فعالة . قد تشتمل هذه المظاهر على الأجزاء الإيجابية في علاقتها ، وأسرتها ، وحياتها بوجه عام من الممكن أن يتدخل هذا التركيز على هذه المظاهر الإيجابية كبدائل لمثيرات الاكتئاب في المرحلة الأولى من العملية ، ولكي ما يتم تشجيع مارثا على التركيز على هذه المظاهر ، قد يُطلب منها أن تحتفظ بمفكرة يومية عن الأحداث ، والأشياء ، والناس الذين تنظر إليهم نظرة إيجابية وتشعر بأنها مدينة لهم .

- **إعادة البناء المعرفى النفسى التربوى**

تفترض الصيغة الأصلية لنموذج الاكتئاب فى العلاج المعرفى السلوكى أن الأفراد المكتئبين لديهم وجهة نظر سلبية عن أنفسهم .عن المستقبل ،وعن العالم .هذه المخططات تستثير معارف آلية لا تكيفية معينة فى مواقف معينة . يتقدم العلاج المعرفى السلوكى من خلال تحديد وتحدى المعارف اللاتكيفية ، وفى النهاية من خلال استكشاف وتصحيح المعتقدات اللاتكيفية والمخططات .فقد تبين أن تصحيح المعارف والمعتقدات الآلية واللا تكيفية تعتبر أيضاً من الاستجابة الانفعالية المصاحبة لها (Beck et al ,1979)

مثال عيادى:استكشاف وتحدى المعتقدات الاكتئابية اللاتكيفية

المعالج النفسى :أخبرينى عن الخلافات التى وقعت الأسبوع الماضى .

مارثا: ذكر فريد بأنه سوف يذهب إلى المكتب فى عطلة نهاية الأسبوع وهذا قلب خطط نهاية الأسبوع كلها رأساً على عقب .أنا ما زلت إلى الآن حزينة.

المعالج النفسى :كم الفترة التى إستغرقتها فى المكتب ؟

مارثا : ربما 3 ساعات يوم السبت .كان من امكمن أن يظل هناك لفترة أطول لولا إعتراضى

المعالج النفسى :إذاً،أنت حزينة لأنه ذهب إلى المكتب يوم السبت ؟وأنت لديك خطط

آخرى

مارثا: تعم كنت أود أن أفعل شيئاً ما خارج البيت مع إبنى .أنا حزينة لأنه يضع الأسرة فى المرتبة الثانية

المعالج النفسى :أنت حزينة لأنه لا يضع بقاءه معك فى الأولويات ؟

مارثا : لا أعرف .ماذا تعنى ؟

المعالج النفسى "أنا أحاول أن أفهم من أين تأتى مشاعر الحزن .أنا أفهم لو أنك كنت تشعرين بالاحباط لأنك كنت تتطلعين إلى قضاء بعض الوقت مع زوجك واسرتك ، ولكن إحساسى بأنك لست محبطة وفقط بل حزينة ، بل وربما غاضبة . من أين أتت مشاعر الاحباط والغضب ؟

مارثا : لا أعرف . أتخيل انه لا يعاملنى بإحترام وتقدير .

المعالج النفسى : فهمت . من المهم أن تتعرفى على مشاعرك وتصفيها . إذاً أنت حزينة وغاضبة لأنه لا يقدّرك . دعينا نستكشف هذا الشعور أبعد من ذلك . من فضلك تخيلى أن زوجك جالس بجوارك . من فضلك قولى ما تشعرين به ، ولو سمحتى استخدمى عبارات " أنا"

مارثا: أنا أشعر بالحزن والأذى لأنك تعاملنى كأنى لا شئ . لا أريد أن أكون فى المرتبة الثانية . لابد أن تعاملنى بإحترام .

المعالج النفسى : عظيم : يبدو لى أنك تشعرين بانعدام القيمة عندما تظهر من هذا السلوك .

مارثا : نعم ، جداً

المعالج النفسى : وماذا أيضاً ؟

مارثا : هو لا يهتم بى

المعالج النفسى : أى أنه لا يحبك ؟

مارثا : نعم

المعالج النفسى : ولو ان هناك انسان يحبك ، أكيد هو زوجك ،صح ؟

مارثا : نعم ، ولكن لا أعتقد أن هناك من يحبنى . انا حتى لا أحب نفسى .

المعالج النفسى : إذاً ، تشعرين وكأن لا أحد يحبك ، وانك لا تستحقين حب الآخرين . هذا الشعور باللاقيمة ، وعدم الحب جزء هام جداً فى إكتئابك . إن الطريقة التى تفسرى بها الأشياء حولك تعتمد بشكل كبير على معتقداتك .إذاً ، لو أعتقدتى بانك عديمة القيمة وغير محبوبة ، ممن المحتمل بشكل كبير أن تفسرى السلوك المحايد أو حتى الإيجابى لزوجك تجاهك على أنه علامة سالبة على عدم حبه لك على الرغم من أن الأمر ليس كذلك . انا أتساءل عما إذا كنا نستطيع توضيح سلوكيات عدم الاهتمام التى يبديها زوجك ، ثم نجرى التجارب لذى ما إذا كانت فروضنا صحيحة بانه لا يهتم بك . ما هى السلوكيات التى تصدر عن زوجك ويتبين لك أنه لا يهتم بك ؟

♦التأمل

الاكتئاب حالة غير سارة ، ومن ثم فإن الاستجابة الطبيعية له تتمثل فى كبح هذا الشعور والتفكير فى الأحداث الماضية التى أدت إلى هذه الحالة ، ونتيجة ذلك ، يصبح الفرد منشغلاً بالاكتئاب ؟ والتركيز على نفسه . ويفقد التعامل مع العالم الخارجي ، خصوصاً العالم الاجتماعى ، وهذا بدوره يؤدى إلى العزلة الاجتماعية واستفحال الدورة الاكتئابية للعزلة والتأمل الإجتماعى والبينشخصى .

تجد الإشارة إلى أن تدريبات التأمل تشجع الفرد على التركيز على اللحظة الحالية بدون إصدار أحكام ، وبشكل منفتح . لذا فإن الاكتئاب يؤدى إلى العزلة القسوة ، والابتعاد ، فى حين أن تدريبات التأمل تشجع على الانفتاحية ، المرونة ، وحب الاستطلاع ، وهذا من الممكن أن ينهى دورة الاكتئاب .

فبدلاً من التفكير فى الفشل السابق، والفرص الضائعة ، والمستقبل ، يشجع التأمل من الفرد على ترك أنماط التفكير السالبة هذه ، وترك هذه المشاعر فالتأمل يشجع على المرونة المعرفية والانفعالية من خلال إتاحة الفرصة للمريض للمرور بخبرة المشاعر السالبة – بدلاً من سحبها ، ومن خلا لاستكشاف الخيارات المستقبلية الأخرى ، ومن خلال التقدم للأمام بدون التفكير فى أخطاء الماضي لقد تبين أن مرضى الاكتئاب الذين تم معالجتهم بالأدوية

الطبية المضادة للاكتئاب ، أو العلاج المعرفى السلوكى قد أظهروا أنماطاً مختلفة من ردود الفعل المعرفية بعد انكماش المزاج السالبى ، وأن هذا رد الفعل المعرفى كان مؤشراً على انتكاس الاكتئاب (Segal et al ,2006) .

تحديداً ، أظهر الأفراد الذين خضعوا للعلاج الطبى رد فعل معرفى مقارنة بالذين خضعوا للعلاج المعرفى السلوكى . كما أظهر الأفراد الذين خضعوا للعلاج – بغض النظر عن نوع العلاج – رد فعل معرفى ، وانتكاس للاضطراب خلال 18 شهراً التالية مقارنة بالأفراد الذين لم يكن لديهم رد الفعل المعرفى هذا . تشير هذه النتائج إلى أن رد الفعل المعرفى بعد المهمة ذات التحدى الإنفعالى قد يمنح إمكانية انتكاس الاكتئاب أو إعادة حدوثه وأن العلاج المعرفى السلوكى ربما يستهدف القابلية للتأثير هذه بشكل أكثر فعالية من العلاج الدوائى .

بالإضافة إلى إعادة البناء المعرفى ، يُشار إلى أن رد الفعل المعرفى يمكن أن يستهدف بفاعلية من خلال إستراتيجيات التأمل التي تعزز من عدم التمركز إلى القدرة على تبني وجهة نظر تركز على اللحظة الحالية ، وجهة نظر لا تستند إلى إصدار أحكام فيما يتعلق بالأفكار والمشاعر والقدرة على قبولها (Segal et al,2002) . وقد عرضنا في الفصل السابق مثال على تدريب التأمل الذي يركز على اللحظة الحالية ، حيث تناول القلق ، وهو عملية معرفية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالتأمل .

بالإضافة إلى عمليات التأمل اللاتكيفية ، فإن الاكتئاب والمشكلات المرتبطة به مثل الانتحار ، مرتبط أيضاً بالصعوبات الاجتماعية والبينشخصية (joiner et al , 2009) . أحد استراتيجيات التأمل الواعدة التي تستهدف المشكلات البينشخصية التأمل بالحب والمودة . ومع ذلك تجدر الإشارة إلى أن التأمل بالحب والمودة لم يُطبَّق –على حد علمي على الأقل- على علاج الاكتئاب في أي تجارب عيادية . ومع ذلك ، بسبب تطبيقه المفيد جداً ، سوف نشرحه بشئ من التفصيل .

في حين أن التفكر التأملي المعاصر يشجع الوعي اللا حكمي بالخبرات في اللحظة الحالية من خلال التركيز على التنفس ، والأحاسيس الأخرى ، فإن التأمل بالحب والمودة يركز على سعادة الآخرين .

تحديداً ، فإن التأمل بالحب والمودة ينطوي على مدى من الأفكار والتصورات بهدف استثارة انفعالات معينة (الحب والمودة ، التعاطف) . أحد أهداف التأمل بالحب والمودة هو تحقيق السعادة من خلال غرس المشاعر الموجبة نحو الآخرين . وهذا بدوره من الممكن أن يبدد الافتراضات الخطأ عن مصادر سعادة الفرد ويحّول وجهة نظر الفرد عن نفسه في علاقته بالآخرين ، ويزيد من التعاطف العام (Dalia lama & Culter,1998) .

التأمل بالحب والمودة

يتقدم التأمل بالحب والمودة خلال عدد من المراحل تختلف بناءً علىى تركيز التدريب ، وتشتمل هذه الخطوات على ما يأتي :

1) التركيز على الذات
2) التركيز على الصديق الطيب (الشخص الذي ما زال على قيد الحياة ولا يستحضر رغبات جنسية .
3) التركيز على شخص محايد (الشخص الذي لا يظهر مشاعر إيجابية أو سلبية ، ولكن يقابله الفرد بشكل طبيعي خلال اليوم العادي) .
4) التركيز على الشخص "الصعب" (الشخص المرتبط بمشاعر سالبة) .
5) التركيز على الذات ، الصديق الطيب ، الشخص المحايد ، والشخص الصعب (مع توزيع الإنتباه بينهم) وفي النهاية :
6) التركيز على العالم ككل .

عند كل مرحلة يتكون تدريب التأمل من التفكير في رغبات معينة (طموحات تشتمل على ما يأتي :

1) قد يتحرر الشخص من العدائية .
2) قد يتحرر الشخص من المعاناة العقلية .
3) قد يتحرر الشخص من المعاناه الجسدية .
4) قد يهتم الشخص بنفسه بكل سعاده (Chalmers,2007) .

الفترة المثالية لهذا التدريب ساعة ، والوضع المفضل هو وضع اللوطس الكاملة (القدمان متقاطعتان ، أسفل القدم متوجهان إلى أعلى ، ومؤخرتهما مستقيمتان ، واليدان فوق بعضهما البعض ، ومتواجهان إلى أعلى).

♦التنشيط السلوكي

غالباً ما يرتبط الاكتئاب بسلوكيات الانسحاب واللاتنشيط . ونتيجة لذلك ، فإن حياة الأفراد المكتئبين تصبح مجرده من التعزيزات ، الرضا ، والسعادة ، وبسبب قلة الطاقة ، قد لا يكون لدى المكتئبين الطاقة اللازمة لدراسة و فحص المعتقدات ، الأفكار الآلية ، والمظاهر الأخرى التي تحافظ على الاكتئاب وتصونه . لذا ، فإننا نوصي بالتنشيط السلوكي ، خصوصاً في بداية العلاج من أجل رفع مستوى طاقة المريض .

عند الخطوة الأولى ، يطلب من المرضى مراقبة أنشطتهم أثناء الأسبوع . يشتمل سجل النشاط – فى أبسط صورة – الزمن ، التاريخ ، المكان ، وصف موجز للنشاط ، وتقدير لدرجة الإرضاء التى يحظى بها النشاط على مقياس من صفر (غير مرض بالمرة) إلى 100 (مرضٍ تماماً) .

فى الخطوة التالية ، يستكشف المعالج النفسى والمريض الأسباب التى تجعل بعض الأنشطة غير المُرضية ، وأيضاً فترات عدم النشاط أثناء الأسبوع العادى . بالإضافة إلى ذلك ، من المرغوب فيه تحقيق الروتين فى الحياة اليومية للمريض وانجاز أنماط نوم وأكل منتظمة أو عادية .

مثال عيادى : التنشيط السلوكى

فيما ياتى جزء من مفكرة النشاط فى يوم واحد لمارثا .

مفكرة مارثا يوم 12 ديسمبر 2010

الزمن		النشاط	تقدير المزاج :
من	إلى		صفر - 100
6	7	الاستيقاظ ، والاستعداد	10
7	7,5	إيقاظ الزوج ، إعداد الإفطار ، والمأدبة	10
7,5	8	تناول الإفطار	40
8	9	العودة مرة أخرى للسرير	50
9	11	مشاهدة التلفاز	20
11	12	الاستحمام	10
12	1	قراءة الصحف	20
1	2	الحديث إلى صديقتى بولا	60
2	3	الذهاب إلى البنك	40
3	5	الذهاب إلى المتجر لشراء المستلزمات	20
5	6	طبخ العشاء	30
6	7	تناول العشاء	40
7,5	9	مشاهدة التلفاز	50
9	10	الخلاف على المال	صفر
10	11	الاستعداد للنوم	20

يتضح من خلال استعراض المفكرة اليومية لمارثا أن عدد القضايا :

1) تقديرات المزاج منخفضة بوجه عام ، وأن أعلى مزاج لها عند مشاهدة التلفاز .

2) عدد الأنشطة الممتع قليل ، وتتراوح بشكل رئيسي حول الروتين اليومي ، والطعام ، ومشاهدة التلفاز .

3) روتينها غير منتظم وغير ثابت حيث تعود مرة أخرى إلى السرير بعد الاستيقاظ من النوم مبكراً في الصباح .

4) الخلافات مع الزوج تؤدي إلى انخفاض في المزاج .

5) تظهر الاستكشافات أن تقديرات المزاج المنخفضة جداً لديها -بوجه عام- تكون في أثناء الأوقات غير البنائية في عطلة الأسبوع عندما تتأمل في حياتها ، وعلاقتها ، ومستقبلها . أخيراً ، من الواضح أن مارثا لا تمارس أي تدريبات رياضية – وهو تفصيل مهم يمكن أن يؤدي إلى تغيرات دراماتيكية في المزاج .

بعض الأسئلة المهمة التي تجيب عليها سجلات النشاط قد تشتمل على : إلى أي مدى يكون المريض منسحباً من أو معزولاً عن الأنشطة اليومية المعتادة؟ هل هناك فرص كافية لاختبار المواقف السارة؟ إلى أي مدى يعوق الاكتئاب الروتين اليومي للمريض؟ وأخيراً ، هل لدى المريض الدافعية اللازمة والموارد اللازمة لتطبيق الاستراتيجيات السلوكية؟ النقطة الأخيرة هامة على وجه التحديد لأن العرض الرئيسي في الاكتئاب يتمثل في نقص الدافعية . ومع ذلك ، فإن الأنشطة السارة من الممكن أن تكون معززة ذاتياً . هذه الدائرة المفرغة بين عدم النشاط ، العزلة الاجتماعية ، والاكتئاب يمكن أن قطعها بفاعلية من خلال العرض البطئ والدائم على المريض من الأنشطة السارة بطريقة إبداعية .

كنوع من الواجب المنزلي ، طلب المعالج النفسي من مارثا الوصول إلى قائمة بالمهام السارة . اشتملت هذه القائمة على قراءة الأدب الإنجليزي ، قراءة ومشاهدة المسرحيات الحديثة ، كتابة الروايات والشعر ، الخروج للنزهة ، لعب الكوتشينة مع الأصدقاء ، ومشاهدة المسلسلات الحديثة .

هذه الأنشطة تم إضافتها تدريجياً في تدريبات الواجب المنزلي . كما طلب من مارثا أيضاً البدء في ، والإبقاء على روتين للنوم ، والطعام ، والالتحاق بصالة ألعاب رياضية لتدريبات القلب مرتين في الأسبوع ، وتخرج للنزهة في الأيام التي لا تذهب فيها إلى صالة الألعاب

الرياضية – نظراً لأن صالة الألعاب الرياضية مغلقة في عطلة نهاية الأسبوع ، اتفق المعالج النفسي ومارثا على الخروج للمشي الطويل (على الأقل 40دقيقة) في أيام السبت والأحد والذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية أيام الثلاثاء ، والأربعاء والخميس . هذا المشي أصبح بعد ذلك أحداث اجتماعية هامة عندما بدأت تطلب من بعض زملائها المشي معها .

الدعم التجريبي

هناك عدد كبير من التجارب العيادية التي تؤيد فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطراب الاكتئاب (butler et al,2006) . الفائدة الخاصة للعلاج المعرفي السلوكي نسبة إلى العلاج الدوائي المضاد للإكتئاب تتمثل في أن عدد قليل من المرضى (تقريباً النصف) ينتكسون (Glogcuen et al,1998) .أعلن جلوسون وزملاؤه في تحليلهم البعدي لفعالية العلاج المعرفي السلوكي في مرض الاكتئاب ، أن متوسط مخاطر الانتكاس (بناءً على فترات متابعة من عام إلى عامين) كانت 25٪ بعد العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بنسبة 60٪ بعد العلاج الدوائي المضاد للاكتئاب . كما أشارت بيانات بعض البحوث أيضاً إلى أن المرضى الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي فقط من غير المحتمل أن ينتكسوا بعد العلاج ، مقارنة بالأفراد المستمرين في تناول العلاج الطبي (Dobson et al,2008 ,Hollon et al,2005) .

لقد تمت المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي المضاد للاكتئاب وذلك لحالات الاكتئاب الحاد (Derubies et al,2005 ,Hollon et al,2005) . خلصت النتائج إلى أن هذين التدخلين لهما نفس النتائج في مرحلة العلاج الحادة ، ولكن مخاطر الانتكاس بعد عام من المتابعة كان في صالح الأفراد الذين عولجوا بالعلاج المعرفي السلوكي حتى مع مقارنتهم بالأفراد الذين استمروا في تناول العلاج الدوائي(Hollon et al,2005) .

الفصل التاسع

التغلب على مشكلات الكحول

مشكلات الكحول لدى تشارلز

يبلغ تشارلز من العمر 35 عاماً ، ويعمل عامل بناء ، متزوج ، ولكن ليس له أولاد . زوجته روز تعمل بعقد مؤقت سكرتيرة . تشارلز بدين إلى حد ما ، ويعاني من ارتفاع في ضغط الدم ، ويعاني من تليف في الكبد ، كما يعاني من ألم مزمن في الظهر . يبدو أن هذا الألم الذي بظهره يعود الى الحمل البدني ، والعمل البدني الشاق لسنوات عديدة . تزوج تشارلز من روز منذ عش سنوات ، ويصف كل منهما علاقتهما الزوجية بأنها مزعزعة . تتمثل نقطة الخلاف الكبري لروز في أصدقاء تشارلز ، حيث يذهب معهم بشكل منتظم لشرب الكحول في خمارات محلية . أعز أصدقاء تشارلز إليه هو جوي ، حيث كانا رفيقين في المدرسة العليا ، كما أن له صديقين عزيزين عليه وهما ديف ، وتوم ، حيث يلتقي بهؤلاء الأصدقاء بعد العمل ويذهبوا معاً لشرب الخمور . كما أنه يذهب لملاقاة جوي في خمارته المفضلة مرة أو مرتين في الأسبوع وفي الغالب في عطلة نهاية الأسبوع . يستهلك تشارلز وجوي كمية كبيرة من الكحول – البيرة بشكل أساسي – ويميل الى الشرب في عطلات نهاية الأسبوع . يعلن تشارلز ان لديه تحمل عالي للكحول خصوصاً البيرة . في الأسبوع العادي ، يقدّر تشارلز انه يشرب حوالي 30 زجاجة من البيرة في الأسبوع ، ولا يشعر بأن هذه مشكلة . علاوة على ذلك ، عادة ما يأخذ سيارته إلى ومن الحانة ، ويعتقد أنه سائق بارع حتى بعد تناوله للخمر . روز لا تحب شرب تشارلز ولا رفاقه في الشرب ، وغالباً ما تحدث خلافات بينهما بسبب ذلك ، وتزداد هذه الخلافات في عطلات نهاية الأسبوع ، عندما يفيق تشارلز من آثار الشرب يوم الأحد بالإضافة إلى المشكلات في العلاقة ، فإن الشرب قد تسبب في أن يفوته بعض الأعمال . ولقد طلب منه رئيسه في العمل أن يطلب العون للحد من الشرب ، كما نصحه الطبيب بالتوقف تماماً عن الشرب .

تعريف الاضطراب

اضطرابات استخدام المواد الكحولية من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً وتمثل مشكلة صحية عامة ورئيسية . أعلنت المسوح التي استخدمت في علم الأمراض في الولايات المتحدة معدّل شيوع لاضطراب استخدام الكحول في الدليل الإحصائي بنسبة 14.6٪ لدى أفراد المجتمع (Kessler et al,2005) . الكحول هو المادة الأكثر شيوعاً ، ومنطو على المخاطرة يؤثر تأثيراً سلبياً على صحة الفرد ، كما أنه يمثل عبئاً على اقتصاد المجتمع .

سلوكيات تشارلز تلاقي المعايير التشخيصية للفساد الكحولي . يتم تشخيص الفساد الكحولي بناءً على المشكلات في واحدة على الأقل من أربع مجالات ، وتشتمل على الفشل في الإيفاء بمتطلبات الدور الاجتماعي في العمل ، أو المنزل ، أو المدرسة (تشارلز في الغالب متأخر عن العمل) ، الشرب بشكل متكرر وبأسلوب يؤدي إلى مواقف صعبة بشكل قوي (غالباً ما يقود السيارة وهو تحت تأثير الكحول) ، الاستمرار في الشرب على الرغم من معرفة المشكلات الاجتماعية والبينشخصية الناجمة عن الشرب (شربه يسبب الخلافات الزوجية) ، وجلب النواتج القانونية المرتبطة بالكحول بشكل متكرر .

على الرغم من أن تشارلز يلاقي بعض معايير الاعتماد على الكحول (ثلاثة من سبعة) ، إلا أنه لم يلاقي الحد الأدنى المطلوب للاعتماد على الكحول . فالمعايير الخاصة بالاعتماد على الكحول تشتمل علي التحكم المضطرب ، التحمل الجسمي ، الانسحاب الجسمي ، إهمال الأنشطة الأخرى ، زيادة الوقت المنقضي في استخدام الكحول ، والاستمرار في الاستخدام على الرغم من معرفة المشكلات الجسمية والنفسية المرتبطة بالاستخدام .

على الرغم من أن تشارلز يظهر اضطراب في التحكم بالشرب ، إلا أن الوقت الذي يقضيه في الشرب بقى ثابتاً ومحدداً بمقابلات الأصدقاء على الرغم من أنه يستهلك عدد كبير من الزجاجات ، إلا أنه لم ينمي تحملاً جسدياً ، كما لم يظهر أي أعراض للانسحاب الجسمي ، بعيداً عن الآثار البغيضة للشرب في يوم الأحد .

الجدير بالذكر أن شرب الكحول ، واستخدام المواد المخدرة عبارة عن سلوكيات . سوء الاستخدام أو الإفساد سلوك لا تكيفي لأن نتائجه سلبية على الحياة الاجتماعية للفرد ،

وعلى حياته العملية ، وعلى إدراكه لذاته . يحتاج الفرد – لكي يغيّر من السلوكيات اللاتكيفية – إلى إدراك أن السلوك مشكلة ، ولابد أن يكون لديه الدافع لتغييره ، ويبذل قصارى جهده لتطبيق إستراتيجيات معينة لتغييره

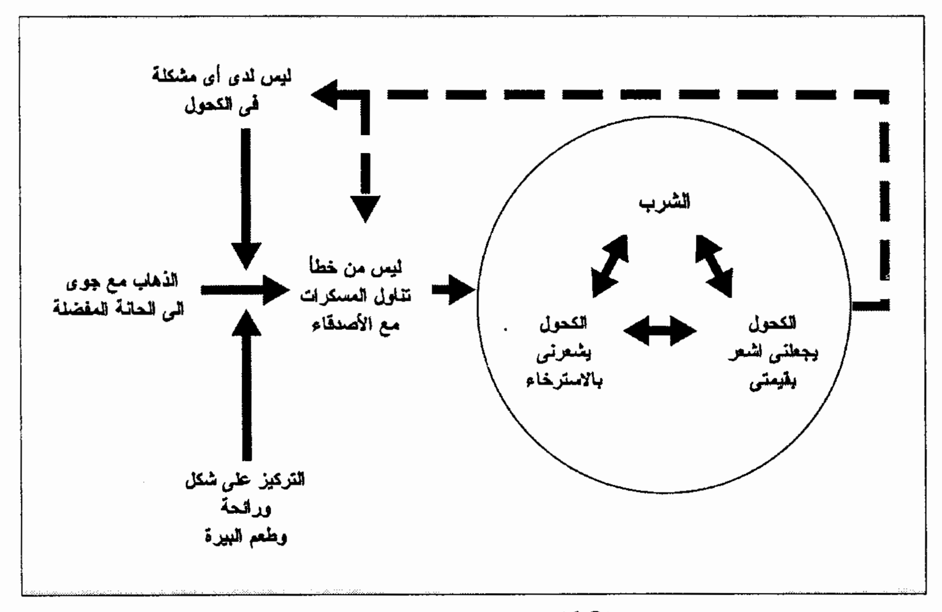
نموذج العلاج

للشرب دور هام في حياة تشارلز ، كما أنه يحدد العلاقة مع خير أصدقائه له وهو جوي ، وزملاءه في العمل توم ، وديف . ومع ذلك ، فإن الشرب قد تسبب أيضاً في مشكلات مع زوجته روز ، ورئيسه في العمل . يقضي تشارلز وقتاً طويلاً مع الأصدقاء يشربون . وهذا يستقطع الوقت الذي يقضيه مع زوجته روز ، ويقوي من الصراع بينهما .

علاوة على ذلك ، فإن هناك إفراط في الشرب خصوصاً أثناء عطلات نهاية الأسبوع . ونتيجة لذلك ، فإنه يقضي وقتاً طويلاً في أيام الأحد يستشفي من الآثار البغيضة للشرب . بالإضافة إلى ذلك ، فإن هذا السلوك أدخله في مشكلات مع رئيسه في العمل في الماضي .

تشارلز لا يقدر بالدرجة الكافية الصعوبات أو المشكلات التي يسببها له الشرب ، أو المشكلات التي قد يواجهها في المستقبل من الشرب إلى هذا الحد . هو الآن عرضه لخطر الطلاق من زوجته وفقدان وظيفته ، وقد يتعرض أيضاً لمخاطر المشكلات الصحية في المستقبل (مثلاً: مشكلات الكبد) ومع ذلك ، لا يعتقد تشارلز أن لديه مشكلة في الشرب .

لا يرى تشارلز أي شئ خطأ في تناول المسكرات مع الأصدقاء ، و "نسيان الهموم" . يرى تشارلز أن يعمل بجد ، وهو في حالة إلى الاستمتاع ببعض الوقت في حياته . فالشرب يجعله يشعر بالاسترخاء ، ويشعر بأن "يحلق في السماء" ، وهذا يجعله يداوم على الشرب . ومع ذلك ، فإنه يعترف بصعوبة التوقف عن الشرب متى بدأ فيه ، خصوصاً عند الذهاب مع جوي إلى الحانة المفضلة لهما . مجرد التفكير في الشرب أثناء اليوم يجعل من المستحيل عدم الذهاب للحانة والشرب ، مما يجعله يتصل بجوي ليرتب لقاء آخر . الشكل (19) يوضح بعض العوامل الهامة التي تبقى على مشكلة الشرب عند تشارلز .



الشكل (19) مشكلة الكحول عند تشارلز

استراتيجيات العلاج

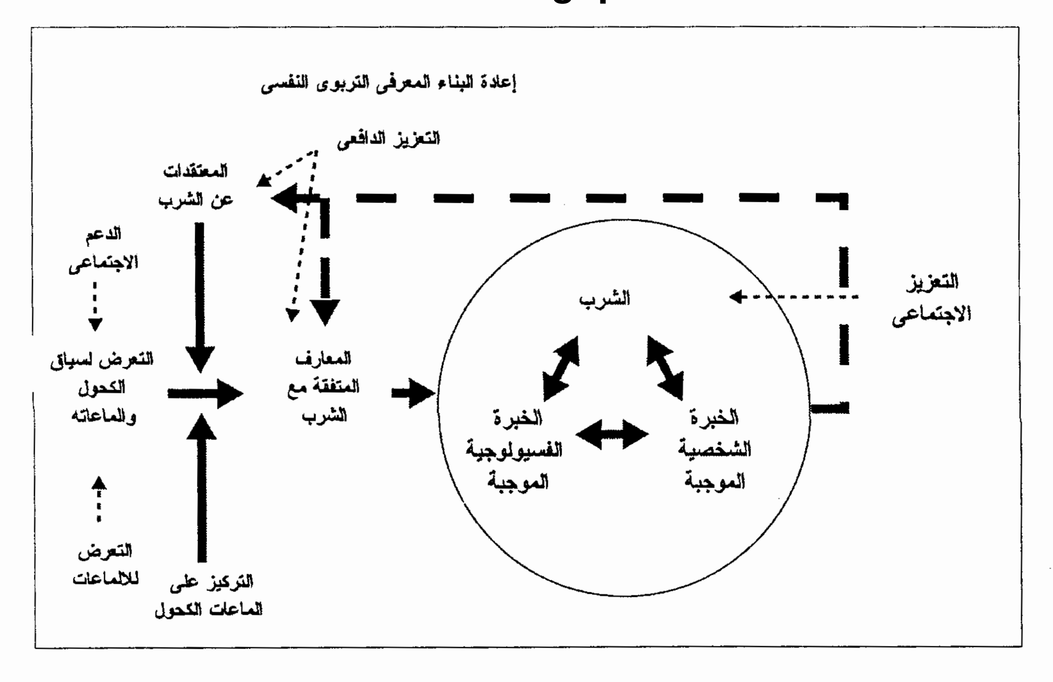
يمكن استهداف مشكلة الكحول تشارلز بشكل فعال من خلال ثلاث مجالات رئيسية :

(1) التربية النفسية ، التدخل المعرفي ، والمقابلة الدافعية لرفع الوعي بالنواتج السالبة لسلوكه ، ولخلق التنافر المعرفي التكيفي .

(2) التعرض للإلماعات من أجل خفض الحاجة للشرب

(3) تعزيز سلوكيات اللا شرب باستخدام التعزيز الاحتمالي .

الشكل (20) يوضح استراتجيات العلاج :



الشكل (20) الاستراتيجيات التي تستهدف مشكلة الكحول لدى تشارلز

- **التربية النفسية**

الكحول مخدر اجتماعي وتواجه إلماعاته الناس بشكل دائم بسبب شيوعها المرتفع في الحياة اليومية ، على الرغم من أن بعض هذه الإلماعات أكثر دقة من غيرها . في الحقيقة ، يشتمل كل تجمع اجتماعي على شراب كحلي ، ويُمطر الناس بوابل من البيرة ، حقيقة ، تُعد البيرة من الحياة الاجتماعية "العادية" . ونتيجة لذلك ، فإن الأفراد المفسدين بالكحول غير قادرين –في الغالب– على فصل السلوكيات العادية عن السلوكيات الشاذة أو السلوكيات التي تُعد خارج التحكم . لذا ، من الأهمية بمكان تزويد المريض بمعلومات حقائقية صحية ، وبسيطة ، عند متوسط الاستهلاك ، والتعريف التشخيصي بمشكلات الكحول . لابد أن يكون المعالج النفسي على وعي بأن المريض قد يدافع عن نفسه ، وينكر أن تكون لديه أي مشكلة يمكن استهداف المعوقات بفعالية من خلال استخدام أساليب المقابلة الدافعية كما سنرى فيما يأتي أدناه . ينبغي أيضاً أن يُقدم جزء التربية النفسية للمعالج النفسي بطريقة محايدة لا حكمية ، ولا جدلية . نعرض فيما يأتي مثال على كيفية عرض هذه المعلومات .

المثال العيادي : التربية النفسية

المعالج النفسي : أنا مسرور بلقائك ، يا تشارلز . أفهمت أن زوجتك ألحّت عليك لتأتي إلى هنا ، ولكنك لا تعبأ بذلك أصلاً ، أليس كذلك؟

تشارلز : نعم . فهي تعتقد أني سكّير ، ولكني لست كذلك .

المعالج النفسي ، تقييمك التشخيصي يبيّن انك لا تلاقي معايير الاعتماد على الكحول . ومع ذلك ، فأنت تشرب كمية كبيرة من الكحول يومياً أثناء الأسبوع . في الأسبوع العادي ، أنت تشرب ما يقرب من 30 زجاجة بيرة ، أليس كذلك ؟

تشارلز : نعم .

المعالج النفسي : هل تعرف ماذا نقصد بالشرب العادي ؟

تشارلز : لا اعرف ، ولكن أعتقد قليل من الشرب .

المعالج النفسي : نعم ، للرجال، زجاجتان في اليوم ، أو 14 زجاجة في الأسبوع ، وللسيدات زجاجة في اليوم ، و7 في الأسبوع على الأقصى . "إذاً" ، أنت تشرب ضعف ما يشربه العاديون ثلاث مرات ، بوضوح ، هناك من الناس لا يشرب الخمور أصلا. 30 زجاجة أسبوعياً تضعك فوق نسبة 92٪ وهذا يعني الآن من بين كل 100 رجل هناك 92 رجل يشربون أقل منك .

تشارلز : ولكن هذا لا يعني أني سكّير .

المعالج النفسي : لا، لا يعني ذلك . ومع ذلك ، من الممكن أن تكون كذلك في المستقبل . فالكحول مخدر إدماني . يمكن للناس أن ينمّو تحملاً له ، اعتماداً عليه . فالتحمل يعني أن الناس يحتاجون إلى الشرب أكثر و أكثر لتحقيق التأثير المرغوب فيه . أما الاعتماد فيعني أن الناس سوف يطلبون الكحول من أجل تجنب المشاعر غير السارة . فبعض الناس الذين يعتمدون على الكحول –وليس كلهم– يحتاجون للشرب في الصباح لكي يتمكنون من العمل بشكل طبيعي . الآثار البغيضة المترتبة على الشرب عبارة عن تأثيرات سالبة وواضحة للكحول . التأثيرات السالبة الأخرى تتمثل في أعراض الانسحاب التي يمكن أن تحدث عندما ينبغي على الأفراد المعتمدين على الكحول التوقف عن الشرب . يحدث الاعتماد عند المستوى

النفسي ، والمستوى الجسمي . إن سبب ما أذكره لك لا يعني أنك تعاني من الاعتماد على الكحول . ولكني أخبرك ذلك للتأكد من أننا نستخدم نفس الكلمات عندما نتحدث عن الاعتماد ، الإفساد ، الانسحاب ، وما شابه ذلك . هل لديك أي سؤال تريد أن تطرحه عليّ إذاً ؟

تشارلز : لا ، لا أعتقد .المعالج النفسي : عظيم ! الآن ، لو أنني فهمتك جيداً ، أنت لا تعتقد أنك معتمد على الكحول . ومع ذلك ، أنت تستهلك الكحول بشكل ثابت أكثر من غيرك . هل تتفق معي في ذلك ؟

تشارلز : ربما . نعم ، أعتقد أن هذا صحيح .

لتحديد نسبة الشرب المعياري الذي يستهلكه المريض في الأسبوع ، يمكن استخدام الجدول (4) كدليل إرشادي .

جدول (4) بعض النسب لاستخدام الكحول لدى الرجال والسيدات (Epstein & Mccrady,2009)

الشرب المعياري في الأسبوع	الرجال	السيدات
1	46	68
2	54	77
7	70	89
9	73	90
15	80	94
28	90	98
41- 46	95	99
49- 62	97	99

- **إعادة البناء المعرفي**

عادةً ما نتصرف بطرائق تتناغم مع معتقداتنا . لو أن معتقداتنا وسلوكياتنا غير متناغمة ، فإننا نمر بتوتر نفسي غير مريح – يمكن حل هذا التوتر بتغيير إما معتقداتنا ، أو سلوكياتنا . بناءً على نظرية اللا تناغم المعرفي المؤثرة ، فإن تغيير السلوك تحدده العلاقة بين المعتقدات المتناغمة مع سلوكيات الفرد (المعارف المتناغمة) والمعتقدات المتنافرة مع سلوكيات الفرد (المعارف غير المتناغمة) . (Festinger,1957 ,Festinger & carlsmith,1959) .

إذا كان تكرار وأهمية المعارف غير المتناغمة تتفوق على تكرار وأهمية المعارف المتناغمة ، فمن المحتمل أن يتغير السلوك . ومع ذلك ، لو خُدع الناس بعمل شئ ما غير متناغم مع معتقداتهم ، وليس هناك طرائق بديلة لتبرير السلوكيات ، فمن المحتمل أن يغيّروا معتقداتهم لجعلها متناغمة مع سلوكياتهم . يمكن لنظرية اللاتناغم المعرفي التنبؤ بما إذا كان الناس سوف يغيّرون من سلوكياتهم أم لا ، بناءً على تكرار وأهمية المعارف المتناغمة والمتنافرة (نسبة التنافر المعرفي) . على سبيل المثال ، من المعروف جيداً أن التدخين ضار بصحة الفرد ، وفي الوقت نفسه ، يريد الناس أن يحيوا حياه طويلة صحية .

لذا ، فإن الرغبة في الحياة الطويلة الصحية تتنافر مع سلوك التدخين . يمكن حل هذا التنافر أو الحد منه بتغيير السلوك (الإقلاع عن التدخين، أو التقليل منه) و بتغيير معتقدات الفرد عن التدخين . لكي يتم تغيير معتقدات الفرد عن التدخين من أجل الاستمرار في التدخين ، يمكن للفرد البحث عن تقارير تشكك في العلاقة بين ضعف الصحة ، والتدخين (الحد من تكرار المعارف المتنافرة) ، الدفاع عن التدخين يقلل من التوتر النفسي ، ومن ثم ، فإنه جيد للصحة (إضافة معارف متناغمة) ، والدفاع عن أن المخاطر من التدخين اقل بكثير من مخاطر الموت بحادث سيارة (التقليل من أهمية المعارف المتنافرة) ، والدفاع عن أن التدخين جزء هام من حياة الفرد (زيادة أهمية المعارف المتناغمة) .

تشارلز غير مقتنع بأن لديه مشكلة في الكحول (فهو لا يعطي قدراً للمعارف المتنافرة). فالأكثر أهمية هي القيمة التي يعطيها للشرب في حياته . بالنسبة لتشارلز فإن الشرب يمثل الدور المهم في صداقته مع جوي ، وأيضاً مع زملاءه في العمل ديف ، وتوم . هذه معرفة

متناغمة قوية ("أقضى وقتاً أفضل مع زملائي عندما نشرب معاً) ، وهذا يبقى على سلوك الشرب لديه . أما المعارف المتنافرة مع سلوكيات الشرب فهي تلك التي ترتبط بزوجته ("لا أريد أن أطلق زوجتي") ، ورئيسة في العمل ("أريد أن أحافظ على وظيفتي") ، وصحته ("لا أريد أن أموت في الحال") .

من المحتمل أن تشارلز سوف يبدأ في تغيير سلوكه إذا كما ذكرنا في الفصل الثاني من هذا الكتاب ، طوّر بروكاسكا & ورفاقه Prochaska &Co .Workers (1992) نموذجاً لوصف كيف يغيّر الناس هذه السلوكيات الإشكالية . فالأفراد الذين لا يفكروون ، ولا يعتبرون التغيير ، يمكن اعتبارهم في مرحلة ما قبل التأمل Pre contemplation Stage . من المفيد – لهؤلاء المرضى- البدء برفع مستوى الوعي بالمخاطر والمشكلات المرتبطة بسلوكيات الحالية .

متى أصبح الناس على وعي بالنتائج السالبة لسلوكياتهم ، فإنهم يدخلون إلى التأمل Contemplation Stage . وهذه هي المرحلة التي يعتبرون فيها ما إذا كان عليهم تغيير سلوكياتهم أم لا . هنا يقارن الأفراد بين مميزات وعيوب التغيير مقابل عدم تغيير سلوكياتهم الإشكالية . المرضى في هذه المرحلة متأرجحون لأن هناك صراع بين مبررات التغيير مقابل الاستمرار في الشرب .

متى قلّ الصراع الداخل ، فإن التأرجح ينحصر أيضاً . ثم يقوم المرضى بعمل تعليقات مثل "ينبغي أن أقوم بعمل شئ بهذا الخصوص ، ولكن لا أعرف ماذا أفعل" . تعرف هذه المرحلة بمرحلة الإعدادStage Preparation ، وتعتبر "نافذة الأمل" . متى أصبح المرضى مستعدين لتغيير سلوكياتهم ، فإنهم يدخلون إلى مرحلة الفعل Action Stage للتغيير من أجل تتبع أهدافهم .

وفي المرحلة التالية ، مرحلة الإبقاء أو الصيانة Maintenance Stage ، ينمي المرضى عادات جديدة ، ويحافظون عليها . أخيراً ، مرحلة الإنهاء Termination Stage ، ويصل إليها الفرد عندما لا يكون هناك أي إغراء ، أو يكون هو على قناعة بعدم النكوص إلى الأنماط المعرفية أو السلوكية اللاتكيفية القديمة . يفترض هذا النموذج أن كثيراً من الناس ينتكسون إلى الأنماط القديمة من السلوك مرات عديدة قبل ما يكون التغيير دائماً .

- **المقابلة الدافعية**

المقابلة الدافعية (العلاج النفسي للتعزيز الدافعي) مفيدة في رفع الوعي بالنواتج السالبة للسلوكيات اللاتكيفية (في حالة تشارلز الشرب) وفي زيادة اللاتناغم بين الأهداف الشخصية والقيم ، والمعتقدات لدى تشارلز من جهة (الاستمتاع بالحياة ، الرغبة في أ يكون زوجاً محبوباً ، أن يكون موظفاً جيداً ، وهكذا) ، وسلوكياته المتنافرة واللاتكيفية (الشرب ، الذي يؤدي إلى الطلاق ، وترك الوظيفة ، والفقر) .

المقابلة الدافعية ، أو العلاج النفسي للتعزيز الدافعي تدخل موجز مشتق مباشرةً من مراحل نموذج التغيير لبروكاسكا ورفاقه (prochasska et al,1992) . العلاج النفسي للتعزيز الدافعي يستهدف مباشرة دورة التغيير ويساعد المرضى في التحرك نحو التغيير . هذا العلاج صُمم لمخاطبة التأرجح في المراحل الأولى من التغيير من خلال انتقال المرضى من التأمل إلى الفعل ، كما انه يقوم على الافتراضات الموروثة التي مفادها أن المرضى يجلبون قدرة رئيسية تحقيق الذات الإيجابية كما أنهم مسئولون عن تغيير جلسات العلاج النفسي .

يتمثل دور المعالج النفسي في تهيئة الظروف التي تعزز من احتمالية أن المريض سوف ينخرط في جهود تغيير السلوك . العناصر التي تمثل الأساس للمقابلة الدافعية تنطوي على أربع قواعد أساسية هي :

1- التعبير عن التعاطف
2- تنمية التناقص
3- التمايل مع التناقص
4- دعم فعالية الذات (Miller & Rollnick,1991)

العناصر الستة الشائعة لتعزيز الدافعية للتعبير يمكن تلخيصها فى الأتي

(1)- التغذية الراجعة الشخصية للمريض عن حالته

(2)- التأكيد على المسئولية الشخصية للتغيير لدى المريض

(3)تقديم النصيحة الصريحة عن الحاجة للتعبير ، والمقدمة بأسلوب دعمى

(4) تزويد المريض بقائمة خيرات عن كيفية تطبيق التغيير

(5) تقديم العلاج فى بيئة داعمة ،ودافئة، وتعاطفية

(6) تعزيز فعالية الذات المدركة لدى المريض من أجل التغيير .

مثال عيادى : أساليب المقابلة الدافعية

المعالج النفسى :من فضلك ساعدنى فى فهم بعض الأشياء الطبية عن الشرب

تشارلز :لا أعرف .الشرب يجعلنى أشعر بأنى أفضل ،فهو عادة . بعد العمل ،أذهب مع ديف وتوم للشرب لأن هذا ما نفعله معاً

المعاج النفسى : إذاً ،أنت تشرب بعد العمل لأن هذه هى الطريقة التى تقضى بها الوقت مع زملاءك بعد العمل

تشارلز :نعم

المعالج النفسى :ماذا يحدث إذ لم تشرب عندما تلتقى مع ديف ،وتوم؟

تشارلز : لا أعرف .لم أجرّب ذلك .أعتقد أن الأمر سيصبح سيئاً ،وسوف يرحل عنى الأصدقاء ،وسيقولون لى "ماذا حل بك يا رجل ؟"

المالج النفسى : إذا من الصعب تخيل عدم الشرب عندما تكون بين أصدقاءك ،وسوف تكون الحياه مملة بدون الشرب

تشارلز :نعم

المعالج النفسى :ما هو البديل ؟ ماذا ستفعل إذ لم تذهب للشرب مع ديف وتوم ؟

تشارلز:لا أعرف ،أجلس فى البيت ؟ولكن هذا ممل.

المعالج النفسى : الجلوس فى البيت ليس حلاً لأنك تراه مملاً ؟

تشارلز :نعم ،ليس مملاً، ولكن قد يدعو للإكتئاب

المعالج النفسى : قد يدعو للإكتئاب لأنك ستكون وحدك ؟

تشارلز : أتخيل ذلك

المعالج النفسى :يعنى ذلك أن الشرب يساعدك غلى التعامل مع الإكتئاب ؟

تشارلز : أكيد .

المعالج النفسى :ولكن الشرب له أيضاً بعض النتائج السلبية ،صح ؟

تشارلز : نعم ،يمكن أن يضعنى الشرب فى المشاكل .

المعالج : ممكن أن يسبب لك مشاكل مع الزوجة ومع رئيس العمل ،صح ؟

تشارلز :نعم

المعاج النفسى :ما نوع المشاكل ؟

تشارلز : زوجتى قالت أنها سوف تتركنى إذ لم أتوقف عن الشرب .ورئيسى فى العمل سوف يطردنى .

المعالج النفسى :إذاً من الممكن أن تفقد زوجتك ؟ ووضيفتك بسبب الشرب .كيف يكون شعورك إذاً ؟

المعاج النفسى :فيما يبدو أن الشرب يساعد على التعامل مع الإكتئاب ،والوحدة على المدى القريب ، ولكن يؤدى إلى نتائج سالبة ممكنة على المدى البعيد .على المدى القريب ،فإن الشرب يساعدك عندما تخرج مع الزملاء والأصدقاء ،ولكن على المدى البعيد ،ربما يحدث عدداً من النتائج المهنية ،والإجتماعية والشخصية السالبة جداً .هل تفهم ذلك جيداً ؟

من المفيد جداً مقارنة الحجج المؤيدة والمعارضة للشرب ،وعدم اشرب .الجدول (5) يعرض مثالاً على بعض المظاهر السالبة والموجبة للشرب .

جدول (5) الحجج المؤيدة والمعارضة للشرب .

	الحجج المؤيدة	الحجج المعارضة
الشرب	يشعرنى بالنشوة . هام للصداقة .	يدخلنى فى مشاكل مع روز و رئيسى فى العمل . الأثار المترتبة عليه سيئة جداً.
عدم الشرب	تتحسن العلاقات مع روز ورئيسى فى العمل . أشعر بأنى أفضل	من الصعب نسيان الهموم بدونها . الشعور بالملل عند الخروج مع الزملاء مع عدم الشرب

إن وضع الحجج المؤيدة والمعارضة للشرب توضح العوامل التى تعزز من سلوكيات الشرب ،كما أن ذلك يعطى الفرصة للمعالج النفسى لاكتشاف نواتج الشرب على المدى البعيد .إن المشكلة مع الزوج ورئيس العمل من الممكن إن تؤدى بسهولة إلى نواتج غير مرغوب فيها مثل الطلاق ، وترك الوظيفة والفقر ، والابتعاد عن البيت وغيرها كثير . متى أدرك تشارلز النواتج السالبة لسلوكه ، فإنه سوف يكون مستعداً لإمكانية تغيير سلوكه بالتأكيد .

❖ التعرض للإلماعات

إن رفع الوعى والدافعية للتغيير مظهر هام من مظاهر العلاج .كما أن هناك عوامل أخرى تسهم فى استهلاك تغيير السلوك والحفاظ عليه ، ويقدمها السياق الموقفى فى حالة تشارلز ،يقدم الجلوس مع جوى ، وديف ، وتوم إلماعات موقفية قوية لشرب الكحول .عندما توضع زجاجة البيرة أمام تشارلز ،تصبح الحاجة إليها قوية . تجدر الإشارة الى أن تكرار التعرض لهذه الإلماعة الخاصة (مشروبه المفضل)- أثناء محاولته مقاومة الحاجة للشرب – يمكن أن يستهدف سلوك الشرب لدى تشارلز بفعالية .أثناء تدريب التعرض للإلماعة هذا ، ينبغى أن يطلب من تشارلز بشكل متكرر (مثلاً : كل ثلاث دقائق لمدة 20 دقيقة) رفع زجاجة البيرة وشمها أثناء مقاومه شربها .

هناك إلماعات أخرى تعتبر أكثر تعقيداً وقد تتطلب تغييرات أو إزالة الموقف تماماً . وهذا قد يتطلب تغيير الأماكن التى يقضى فيها الوقت ، والأفراد الذين يقضى معهم الوقت ، والروتين (قد يُطلب منه اتخاذ قرار بشأن عدم مقابلة توم ،وديف بعد العمل). قد يحتاج تشارلز – لكى ما يغير عوامل الإبقاء المرتبطة بأصدقائه – إلى تدريب التوكيدية حتى يقول "لا" لأصدقائه عندما يطلبون منه الذهاب للشرب .

❖الدعم الإجتماعى

شرب تشارلز مرتبط بمجموعته الاجتماعية ، خصوصاً جوى ، وديف ، وتوم ، ونتيجة لذلك ، من الضرورى تقديم سياق اجتماعى بديل فى حالة عدم قبول الأصدقاء المدخل الجديد لتشارلز نحو الشرب .

أحد التدخلات الواعدة للحصول على الدعم الاجتماعى يكون من خلال تجاهل

الخطوات الاثنا عشر فى تجاهل الكحولات والعلاج النفسى بالتيسير ذى الإثنا عشر خطوة :

يعترف الشخص بأنه ضعيف أمام الكحول وأن حياته أصبحت فوضى ،لا يمكن التحكم فيها .

يعتقد الشخص ان هناك قوة أكبر منه يمكن أن تعيدة إلى صوابه .

يقرر الفرد أن يسلم حياته وإرداته لله حيث يفهمه .

يقوم الفرد بعمل قائمة أخلاقية لنفسه.

يعترف الشخص لله ،ولنفسه ،ولشخص آخر طبيعة أخطاءه بالضبط

الشخص مستعد تماماً لأن يزيل الله كل النقائص من شخصيته

يسأل الشخص الله بكل خضوع أن يعافيه من نواقصه .

يقوم الشخص بعمل قائمة بالأفراد الذين آذاهم ،وتصبح لديه الرغبة فى إرضائهم جميعاً .

يرضى الشخص هؤلاء الأفراد أينما كانوا ؛إلا إذا كان هذا الإرضاء سيتسبب فى ضرره أو ضرر الأخرين .

10- يستمر الشخص فى الخضوع لهذه القائمة الشخصية ، ويعترف بأى خطأ إرتكبه .

11- يسعى الفرد من خلال الصلاة والتامل لتحسين إتصاله الواعى بالله كما نفهمه ، الصلاة فقط لمعرفة قدرة الله.

12- يحاول الفرد – عندما يكون لديه هذا الوعى أو اليقظة الروحية نتيجة لهذه الخطوات –ان ينقل هذه الرسالة للكحوليين الاخرين ،وأن يتم ممارسة هذه القواعد فى كل شئوننا

الكحولات Alcoholics Anonymous ، والمدخل التدخلى الذى يقوم عليه ،هو العلاج النفسى بالتيسير ذى الإثنا عشر خطوة Twelve Step facilitation Therapy لمشكلات الكحول .(Nowinski &Boker,1998)

العلاج النفسى بالتيسير ذو الإثنا عشر خطوة عبارة عن علاج موجز (من 12- 15جلسة) لتيسير الشفاء المبكر من الإفساد الكحولى ، والسكر، ومشكلات إفساد المواد المسكرة

الأخرى . هذا العلاج يقوم على القواعد المعرفية ، والروحية ،و السلوكية لتجاهل الكحولات . هذه القواعد تؤكد على الروحانية والإعتدالية التى تعزز قوة الإرادة داخل بيئة المجموعة الداعمة . يتم إحالة كل مشارك جديد إلى كفيل – شخص فى الاستشفاء – لتزويد المريض الجديد بالإرشاد من خلال العملية .الخطوات الإثنا عشر لتجاهل الكحولات والتى تمثل الأساس لعملية العلاج النفسى بالتيسير ذى الإثناء عشر

❖تعزيز الاحتمالية

يمكن النظر إلى استخدام الكحول –جزئياً– كسلوك مُتعلم يتم الإبقاء عليه من خلال التأثيرات المعززة للأفعال الدوائية للكحول مع المعززات الاجتماعية ، والمعززات الأخرى المشتّقة من أسلوب الحياة المتعلق بإفساد الكحول . يمكن تعديل السلوك المتعلم من خلال تغيير نواتجه (الاحتمالات) .

يستهدف مدخل تعزيز الاحتمالية الشرب من خلال تعديل هذه الاحتمالية الشرب من خلال تعديل هذه الاحتمالات ومن خلال تحسين مهارات الفرد ،والسياق الاجتماعى التى تلعب دوراً فى الإبقاء على سلوكيات الشرب الإشكالية .لقد تم تطوير هذا المدخل من أجل الاستخدام المحظور للمخدرات مثل الاعتماد على الكوكايين (Higgins & Silverman ,1999) .
ولكنه ينطبق أيضا على مشكلات الكحول .الهدف الرئيسي من هذا العلاج هو إضعاف تأثير التعزيز المشّتق من استخدام الكحول ، وأسلوب الحياة الإفسادى للكحول ، وزيادة تكرار التعزيز المشتّق من الأنشطة البديلة الصحيحة ، خصوصاً تلك الأنشطة المتنافرة مع الاستخدام المستمر للمواد المسكرة ، وإفساد المواد المسكرة .
كجزء من مدخل تعزيز الاحتمالية ،يتم تشجيع المرضى على التحليل الوظيفي لاستخدامهم للكحول من خلال إدراك سوابق ، ونواتج استخدامها للكحول . يُعرف الشرب بأنه سلوك يحتمل بشكل كبير أن يحدث تحت ظروف معينه أكثر من ظروف أخرى ، ومن خلال تعلم تحديد الظروف التى تجعل الشرب يحدث بشكل كبير ، من الممكن التقليل منه لاحتمالية لاستخدام الكحول فى المستقبل .

يتم تشجيع المريض على إعادة بناء أنشطتهم اليومية لكى ما يقللون من احتكاكهم بسوابقهم المعرفة عن الشرب (الذهاب إلى حانة معينة للشرب مع الأصدقاء)،وإيجاد بدائل للنواتج الموجبة للشرب ،وتوضيح النواتج السالبة للشرب ،وفى هذا السياق ينبغى تعليم مهارات رفض الكحول ، حيث يسمح للمريض باستخدام الكحول عند نقاط معينة فى المستقبل . يتم تعليم المريض التعامل مع هذا النوع من المواقف من خلال التوكيدية .

ينبغى على المعالج النفسى أن يوضح المنطق وراء التدريب على مهارات رفض الكحول ، والدخول مع المريض فى حوار مفصّل عن العناصر الأساسية للرفض الفعال ،ومساعدة المريض على صياغة أسلوبه الرافض (دمج العناصر الرئيسية) والقيام بسيناريوهات لعب الدور التى يُقدم للمريض من خلالها الكحول .

علاوة على ذلك ، من الأهمية بمكان مساعد المريضى على تنمية شبكة عمل اجتماعية جديدة ، كما أن إشراف المرضى فى أنشطة إجبارية ممتعة ،وعدم انخراطهم فى الكحول أو أى استخدام للمواد المخدرة الأخرى عنصر هام فى تغيير السلوكيات ، وينبغى الاهتمام به ، كما ينبغى استكشاف الأنشطة الأخرى مع المريض — تلك الأنشطة التى يرغب المرضى فى استكشافها ،حيث أن هذه التغييرات تلعب دوراً رئيسياً فى مساعدتهم على التقليل من ، أو التوقف عن استهلاك الكحول .

كما هو الحال بالنسبة لتشارلز ، فإن الشرب ليس هو المشكلة الوحيدة — فى الغالب — التى تحتاج إلى تدخل ، ولكنه جزء من نظام معقد وواسع من المشكلات المتشابكة فى حالة تشارلز ، فإن للشرب وظائف متعددة ،إحداها هى أن الشرب وسيلة لمجابهة الاكتئاب .لذا ، لكى يتم الاستهداف الفعال لمشكلة الشرب لدى تشارلز ،من الضروري استهداف الاكتئاب لديه أيضاً ،واستهداف مشكلاته الزوجية ، وعدم رضاه عن حياته العملية .

الدعم التجريبي

قارن مشروع يُطلق عليه "ماتش Match (مزواجة علاج الكحول مع التغاير في العناصر أو الخصائص لدى المريض) فعالية العلاج المعرفي السلوكي التقليدي ، والعلاج النفسي لتأثير العضلات ، والعلاج النفسي بالتيسير ذي الإثنا عشر خطوة (Allen et al,1997,1998) . لكي يتم قياس فوائد مزواجة المرضى المعتمدين على الكحول مع العلاج المعرفي السلوكي التقليدي ، والعلاج النفسي لتأثير العضلات ، والعلاج النفسي بالتيسير ذي الإثنا عشر خطوة مع الإشارة إلى الخصائص المتنوعة والمتغايرة للمريض ، تم إجراء تجربتين عياديتين متوازيتين ولكنهما مستقلتين ، إحداهما مع المرضى المعتمدين على الكحول والذين يتلقون علاجاً نفسياً خارج المستشفى (ن=952، نسبة الذكور 72٪) ، والأخرى مع المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً بعد الرعاية ، وذلك بعد علاج داخل المستشفى لمدة يوم (ن=774 ، نسبة الذكور= 80٪) تم توزيع المرضى بشكل عشوائي إلى إحدى ثلاث علاجات أجريت لمدة 12 أسبوعاً .بعد ذلك ، يتم متابعة المرضى لمدة عام بعد العلاج .

أظهرت النتائج تحسينات دالة وقوية في نواتج الشرب من الحظ القاعدي إلى عام بعد العلاج لدى المرضى الموزعين على هذه العلاجات . لم تكن هناك فروق راجعة لنوع العلاج ، إلا أن هناك خاصية واحدة فقط – حدة المرض النفسي – أظهرت خاصية دالة بتفاعل العلاج حيث تبين أن المرضى الذين عولجوا خارج المستشفى والمنخفضين في حدة المرض النفسي قد امتنعوا عن تناول المسكرات بعد العلاج النفسي بالتيسير ذي الاثنا عشر خطوة لمدة أيام أكثر منه بعد العلاج المعرفي السلوكي التقليدي . ومع ذلك لم يتفوق أي من العلاجين على الآخر لدى المرضى ذوي المستويات المرتفعة من حدة المرض التفسي .

كما تبين أيضاً أن خاصتين لدى المريض أظهرت تأثيرات للمزاوجة المعتمدة على الوقت : الدافعية لدى المرضى الذين عولجوا خارج المستشفى ، والبحث عن المعنى بين المرضى الذين عولجوا بعد الرعاية . خصائص المريض المتعلقة بالاستعداد الدافعي ، الدعم الاجتماعي

للشرب ، التورط في الكحول ، الجنس ، حدة المرض النفسي ، والمرض الاجتماعي كانت كلها نُذُر بنواتج الشرب مع الوقت ، وبوجه عام ، كانت العلاجات الثلاثة مفيدة في فترة عام من المتابعة (Allen Et Al,1997) علاوة على ذلك ، قامت الدراسة باستهداف التأثيرات النذيرية لخصائص التناغم لدى المريض والنواتج العامة في فترة متابعة قدرها ثلاث سنوات (Allen Et Al,1998) .

أظهر غضب المريض التفاعل الأكثر ثباتاً في التجربة ، مع تأثيرات تناغمية دالة ظهرت في متابعات العام والثلاثة أعوام . كما تبين أن المرضى المرتفعين في الغضب كان أداؤهم في العلاج النفسي لتأثير العضلة أفضل منه في العلاجين الأخريين من مشروع "ماتش Match" (العلاج المعرفي السلوكي التقليدي ، والعلاج النفسي بالتيسير ذي الإثنا عشر خطوة).

على العكس ، كان أداء المرضى المنخفضين في الغضب أفضل بعد العلاج في العلاج المعرفي السلوكي التقليدي والعلاج النفسي بالتيسير ذي الإثنا عشر خطوة مقارنة بالعلاج النفسي لتأثير العضلات . بالإضافة إلى ذلك ، تبين أيضاً تأثيرات دالة للتناغم للدعم الاجتماعي للشرب في تحليل النتائج بعد ثلاثة سنوات ، حيث استفاد المرضى الذين يتلقون دعماً اجتماعياً للشرب من العلاج النفسي بالتيسير ذي الإثنا عشر خطوة أكثر من العلاج النفسي لتأثيرات العضلات . كما لم يظهر التأثير الدال للتناغم لحدة المرض النفسي الذي ظهر في أول عام بعد العلاج – في متابعة الثلاث سنوات . أيضاً ، تبين أن الاستعداد للتغيير ، وفعالية الذات اقوى من المؤشرات على النواتج طويلة المدى للشرب . وفيما يتعلق بالنواتج الإجمالية ، تبين ان الإقلال في الشرب الذي لوحظ في العام الأول بعد العلاج قوّى خلال فترة سنوات المتابعة الثلاثة ، حيث أمتنع 30٪ من المرضى عن المسكرات خلال فترة سنوات المتابعة الثلاثة .

أما أولئك الذين أعلنوا عن الشرب ظلّوا ممتنعين عن المسكرات ثلثي الوقت في المتوسط كما هو الحال في متابعة العام ، لم تكن هناك فروق إلا طفيفة بين العلاجات الثلاثة ، على الرغم من الأفضلية الطفيفة للعلاج النفسي بالتيسير ذي الإثنا عشر خطوة .

الفصل العاشر

حل المشكلات الجنسية

مشكلة الانتصاب عند ديفيد

ديفيد امريكي من أصل أفريقي ، يبلغ من العمر 56عاماً ، ويعمل معلماً بالمدرسة العليا – أحد المدارس الحكومية ، كما أنه وكيل هذه المدرسة . ديفيد متزوج من كارين ، وله أربعة أولاد ، أكبرهم يبلغ من العمر 38 عاماً ، وأصغرهم يبلغ من العمر 13عاماً . يتمتع ديفيد بصحة البدن ، كما أنه لم يكن يأخذ أي علاج دوائي . بدأت المشكلة الجنسية منذ عشر سنوات منذ تولى ديفيد وظيفة وكيل المدرسة ، حيث بدأ يعاني من ضعف الانتصاب . تحديداً ، أصبحت لدى ديفيد مشكلات في الوصول إلى الإثارة الكاملة ، كما بدأ يفقد ديفيد انتصابه أثناء اللقاء الجنسي ، الأمر الذى أصاب ديفيد بغم شديد. فقد شعر بالخجل ، والحيرة بسبب هذه المشكلة لأنه كان يعتقد فى نفسه أنه محبوب من زوجته . فى المتوسط ، كان ديفيد يلتقى مع زوجته جنسياً مرتين فى الأسبوع . قبل بداية هذا الخلل الجنسى ، كان ديفيد يصف حياته الجنسية بأنها مرضية فى معظم حياته الزوجية .

ومع ذلك ، بدأت اللقاءات الجنسية مع زوجته تتناقض إلى مرة فى الأسبوع ، ثم مع الوقت – مرة فى الشهر ، ويرجع ذلك إلى كونه متوتراً من المحاولة . فى البداية ، كان ديفيد يعزو المشكلة إلى ضغوط العمل بسبب المسئوليات الزائدة التى فرضتها وظيفته الجديدة . فى حوار مع زوجته ، أخبرته بأنها معاونة له ، وتقبله على حالته ، ولن تطلب منه اللقاء الجنسى . ومع ذلك ، افتقدت كارين إلى القرب الجسمى ، والمودة من زوجها ، كما نشبت الخلافات والشجار بينهما بشأن الأولاد ، الأمور المالية ، والقضايا الأسرية ، وقد عزا ذلك إلى نقص المودة . ومع ذلك ، اعترف ديفيد وكارين بأن ابنتيهما ربما يسهمان أيضاً فى ضغوط العلاقة . جرّب ديفيد الفياجرا ، ولكنه لم يحب الآثار الجانبية لها ، كما أنه لم يرى فيها ملاذه . ذهب ديفيد إلى أخصائى نفسى ، وكانت خطوة عظيمة لعلاج المشكلة .

تعريف الاضطراب

يتسم الخلل الوظيفى الجنسى بمشكلات فى الرغبة الجنسية وفى التغيرات النفسية – الفسيولوجية المصاحبة لدورة الاستجابة الجنسية لدى الرجال والنساء هذه الاضطرابات تصنف وفقاً لنموذج المراحل الثلاثة لدورة الاستجابة الجنسية (الرغبة ، الإثارة ، والنشوة) – والذى وضعه كابلان Kaplan (1979) :

وبناءً على ذلك ، تقسم الإختلالات الوظيفية الجنسية إلى اضطراب الرغبة الجنسية (ويشتمل على الرغبة الجنسية الأقل من النشطة ، واضطراب البغض الجنسى). اضطراب الإثارة الجنسية (ويشتمل على اضطراب الإثارة الجنسية لدى الإناث ،واضطراب الانتصاب) ، اضطرابات النشوة (وتشتمل على اضطرابات النشوة لدى الرجال والسيدات ،وسرعة القذف)، واضطرابات الألم الجنسى (وتشتمل على الألم عند اللقاء الجنسى). تصنف الاضطرابات الجنسية إلى العديد من الأنواع الفرعية ، والتى تشتمل على العوامل العامة أو الموقفية ، والعوامل المستمرة مدى الحياة (الأولية) أو المكتسبة (الثانوية) ، والعوامل النفسية ، أو الطبية . على سبيل المثال ، ضعف الانتصاب الجنسى الأولى يشير إلى عدم القدرة المستمرة مدى الحياة لإتمام لقاء جنسى ناجح ، فى حين أن ضعف الانتصاب الجينى الثانوى يحدث بعد فترة من اللقاء الجنسى المرضى .

ومن أمثلة الخلل الوظيفى الجنسى الثانوى مشكلات الانتصاب المرتبطة بتناول المواد المسكرة ، والاضطرابات النفسية الرئيسية (مثل : الاكتئاب ، اضطراب القلق العام) . فى حالة ديفيد ، بدأ عنده ضعف الانتصاب منذ عشر سنوات ، بعد فترة من النشاط الجنسى العادى . فقد بدأت مشكلاته الجنسية فى الوقت الذى تولى فيه منصباً ، و تعرض للكثير من المسئوليات وضغوط العمل . لم تظهر الفحوص الطبية أى مشكلات جسمية ، كما أنه لم يكن يتناول أى أدوية تتداخل مع ، أو ترتبط بمشكلاته الجنسية . لذا ، من المحتمل أن لديه خلل وظيفى ثانوى فى الانتصاب .

مشكلة ديفيد تنطوى على حصول الانتصاب والإبقاء عيه . يعرف الخلل الوظيفى فى الانتصاب ، أو ضعف الانتصاب بعدم القدرة الدائم ، أو متكرر الحدوث – على الحصول والإبقاء على انتصاب القضيب بشكل يكفى لإشباع النشاط الجنسى .

ومع ذلك ، ليس ديفيد وحده هو الذى لديه هذه المشكلة . ضعف الانتصاب اضطراب فى الإثارة الجنسية شائع الحدوث لدى الرجال ، خصوصاً الكبار منهم ، وبوجه عام ، فإن الضعف الجنسى شائع لدى الجنسين . فى الحقيقة ، أعلنت دراسات علم الأمراض (Laumann et al , 1999) عن شيوع معدلات الضعف الجنسى بنسبة 43٪ لدى الإناث ، وبنسبة 31٪ لدى الذكور .

الضعف الجنسى هو الاضطراب الجنسى الأكثر شيوعاً لدى الرجال الذين يسعون فى طلب الخدمات العلاجية فى عيادات العلاج النفسى الجنسى (Rosen &Leiblum , 1995) تشير دراسات المجتمع أن معدل انتشار الضعف الجنسى هى 5٪ ، ولذا ، فإنه الضعف الجنسى الأكثر شيوعاً لدى الرجال ، ويليه سرعة القذف (21٪) ، والذى يعرف بانه عدم القدرة على إرجاء القذف عند الإيلاج (Laumonn etal , 1999) .

غالباً ما يحدث القذف بعد الإيلاج بقليل ، ويصحبه التوتر والاحباط . هناك بعض الادوية مثل سيلدينافيل والفياجرا يمكن أن يحدث الانتصاب من خلال استرخاء نسيج العضلة الملساء . ومع ذلك ، فإن لهذه الأدوية كثير من الاثار الخطيرة ، وغير السارة . لدى السيدات ، تتمثل المشكلات الأكثر شيوعاً فى :انخفاض الرغبة الجنسية (22٪) ، مشكلات الإثارة الجنسية (14٪) ،وألم الجماع (الألم أثناء النشاط الجنسى :7٪) .

يصاحب الضعف الجنسى (أو الخلل الوظيفى الجنسى) العديد من الخصائص الديموجرافية . بالنسبة للسيدات ، يميل شيوع المشكلات الجنسية إلى التناقص مع العمر ، ما عدا أولئك اللواتى يعلن عن مشكلة فى الإفرازات . وعلى النقيض ، فإن مشكلات الانتصاب ، وضعف الرغبة الجنسية تزداد عند الرجال مع الكبر . على سبيل المثال ، الرجال البالغون من العمر 50- 59 عاماً يعانون من مشكلات الانتصاب وضعف الرغبة الجنسية ثلاث مرات أضعاف الشباب فى سن 18- 29 عاماً (Laumann etal , 1999) .

بوجه عام ، يعلن الرجال والنساء المنخفضون فى الإنجاز التعليمى عن خبرات جنسية ضعيفة ومستويات مرتفعة من القلق الجنسى . هذه المعدلات متشابهة عبر الفصائل والقوميات المختلفة ، حيث يعانى السود من مشكلات جنسية وكذلك الأوربيون مقارنة بالبيض . الشئ الممتع هو أن الزواج عامل وقائى : فالمتزوجون بعيدون بشكل كبير عن المرور بالمشكلات الجنسية مقارنة بغير المتزوجين . هناك عوامل أخرى تسهم فى المشكلات الجنسية

وتشتمل على مشكلات الصحة العامة (خصوصاً مشكلات القلب ، والبول السكرى) ،والمشكلات النفسية ، خصوصاً الأذى الجنسى ، والتدخين و مشكلات تناول المسكرات الأخرى ، والمستوى التعليمى ، والمتغيرات الديموجرافية – الاجتماعية.

ليس بمستغرب أن يقل الإعلان عن المشكلات الجنسية لدى الأفراد الأصحاء ، المتعلمين ، الذين لا يعانون من أى اصابات جرحية ، وهم من أصحاب الحالات الديموجرافيه الاجتماعية المرتفعة ، كما أنهم لا يدخنون ، ولا يتعاطون المسكرات .

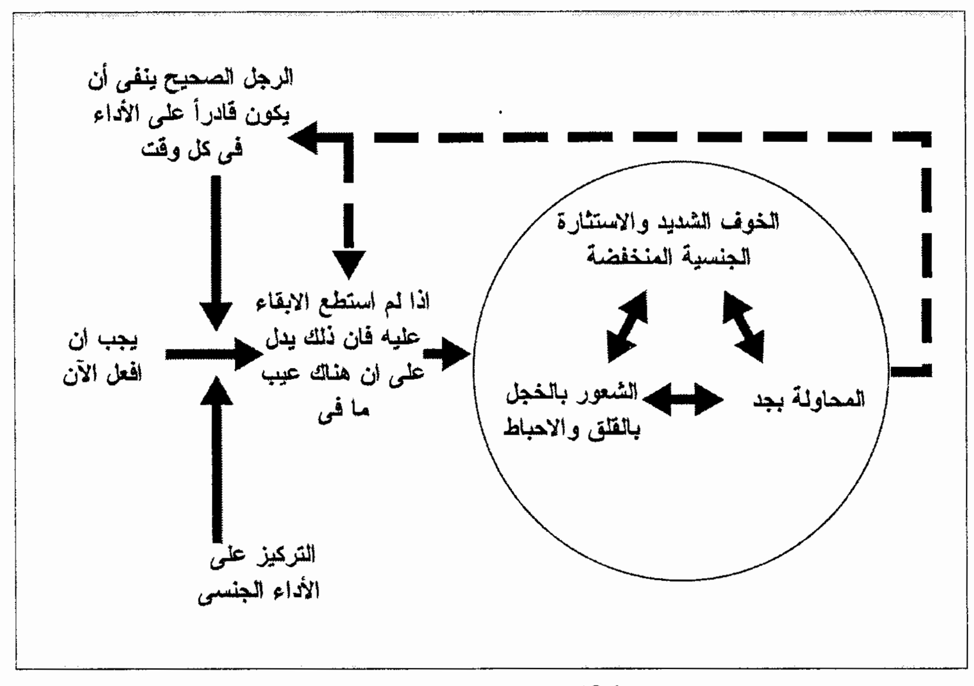
بسبب المدى الواسع جداً من الخلل الوظيفى الجنسى ،تم إعداد عدد من إستراتيجيات العلاج الفريد ة لاستهداف هذه المشكلات . من المستحيل تغطية هذه الأساليب فى فصل واحد ، و هناك استعراض ممتاز على الرغم من انه قديم – لهذه الإجراءات يقدمها كابلان Kaplan (1987) .

نموذج العلاج

يظهر ديفيد خوف شديد من الفشل ، فهو يرى نفسه على أنه رجل "طبيعى " ولكن يخاف من الأعراض التى تتداخل مع قدرته على إظهار فحولته . فقد كان مستريحاً جداً فى دور الرجل الهادئ ، الواثق من نفسه ، القوى ،الصلب ،الذى يدعم ويحمى أسرته . أحد المظاهر الهامة لدور الرجل هو قدرته على إشباع زوجته ،وقدرته على أداء اللقاء الجنسى متى أراد ذلك . لكى يحصل اللقاء الجنسى فإن الرجل يعتمد على عضوه الذكرى ليصبح ويبقى منتصباً ، ولكن إذا لم يستطع الأداء فإن ذلك يعنى بالنسبة له أن هناك عيب فيه ، هذه الفكرة تسبب له التوتر ، ويشعر بالخجل لعدم قدرته على الوفاء بالاحتياجات الأساسية له كرجل .

بالإضافة إلى ذلك ، فإنه يشعر بالقلق بشان الأداء ، كما يشعر بالإحباط من نفسه ، والغضب .عندما يشعر بأن الانتصاب لا يحدث ،أو عندما يبدأ فى اللقاء الجنسى يفقد الانتصاب ، فإن ذلك يشعره بالخوف ،وأحيانا بالذعر ، وهذا الخوف ينتج عنه أعراض جسمية حادة تشتمل على العرق ، وسرعة ضربات القلب ، وزيادة التنفس .

ولكى يتجنب فقدان الانتصاب ، فإنه يحاول بكل ما يملك من قوة تحفيز نفسه بشدة ، او بالدفع أثناء اللقاء الجنسى .الشكل (21) يلخص العوامل النفسية التى تسهم فى المشكلات النفسية لدى ديفيد

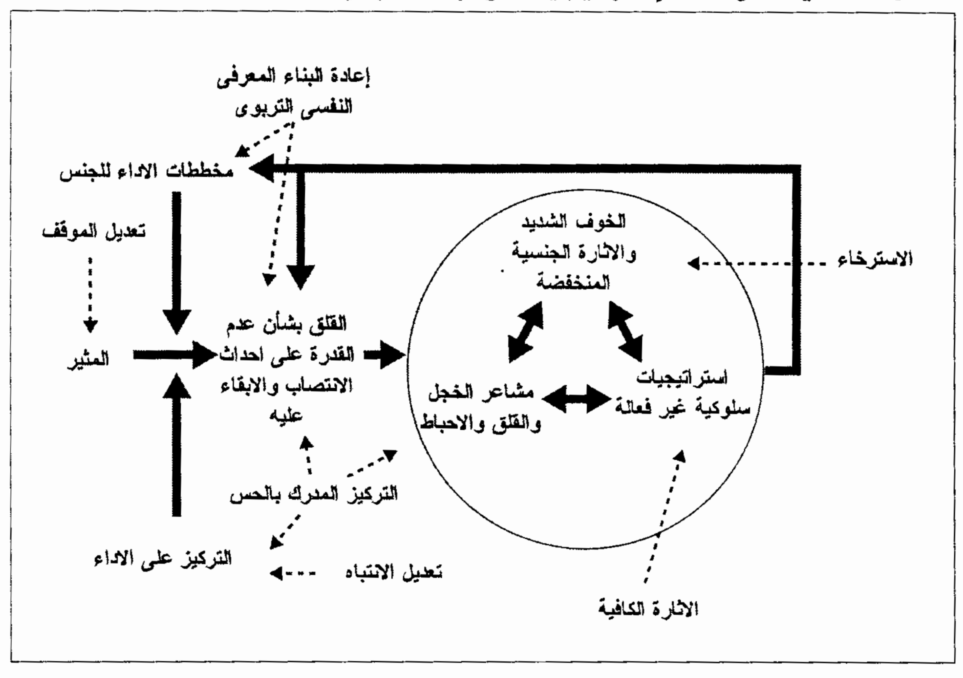


الشكل (21) المشكلة الجنسية عند ديفيد

إستراتيجيات العلاج

هناك إستراتيجيات فعالة تعوق هذه الدورة المفرغة ، وتتمثل فى تعديل الانتباه والموقف ،تصحيح المعتقدات اللاتكيفية ، والقلق بشكل الأداء الجنسى ،التأمل ، الاسترخاء ، الإثارة الكافية ، وأساليب التركيز المدرك بالحواس .

الشكل (22) يلخص هذه الإستراتيجيات ، وسوف نتعرض لها تفصيلياً أدناه.



الشكل (22) الإستراتيجيات التى تستهدف المشكلات الجنسية عند ديفيد

❖تعديل الموقف والانتباه

النشاط الجنسى عملية أولية ارتقائية ،لا تحتاج إلى أى تدريب سابق . علاوة على ذلك ، يتم ضبط الاستجابة والتحكم فيها بواسطة مثيرات خارجية معروفة (المثيرات الجنسية). على الرغم من نمط المثير – الاستجابة الواضح ،إلا انه من الأهمية بمكان معرفة أن هذه العملية يمكن وقفها فى اى لحظة فى حالة ما تحتاج متطلبات أى موقف من الفرد تحويل انتباهه إلى مصادر أخرى . على سبيل المثال ، توقف الحيوانات نشاطها الجنسى سريعاً إذا اقترب منها اى مفترس .هذه القدرة على وقف الأنشطة الجنسية بإعادة تركيز الانتباه على المثيرات اللاجنسية تعتبر قدرة تكيفية ارتقائية .

إذ لم تحدث إعادة تركيز الانتباه هذه ، فمن غير المحتمل أن يظل هذا الكائن الحى على قيد الحياة . بمعنى آخر :من الممكن أن يبدأ الكائن الحى النشاط الجنسى بسهولة ،ويقوم به ، إذ لم تكن هناك عوامل تعوق هذا النشاط أو تبعد انتباه عن المثيرات الجنسية .لذا ، فإن الانتباه إلى المثيرات غير الجنسية (شرود الذهن المعرفى) من الممكن أن يعوق الإثارة الجنسية بسهولة (Borlow,1986) .

فى حالة ضعف الانتصاب ، يقوم الفرد ذو قلق الأداء بالفحص الناقد لسلوكياته كمستكشف ، من خلال ذلك يعيد توجيه انتباهه من المثيرات الجنسية إلى الإلماعات المرتبطة بالقلق (Masters & Johnson ,1970) . يميل الرجال إلى أن يكونوا عرضة لتأثيرات القلق ومتطلبات الأداء الجنسى أكثر من النساء (Rosen & Leiblum,1995).يلعب السياق الموقفى أيضاً دوراً حاسماً لأنه مدى من المثيرات الجنسية التى يمكن أن تستثير تركيز انتباه الفرد .لذا ،فإن المثيرات الرومانسية (مثل : الضوء ،الشمعة ،والموسيقى الهادئة) قد تعمل كمركّز للاستثارة الجنسية (مثلاً: عطر معين) ، ومن ثم ،فمن المحتمل أن هذه المثيرات تعزز الإثارة الجنسية ، وقد تقلل من شرود الذهن .

❖ **التربية النفسية**

غالباً ما يكون لدى الناس –خصوصاً الرجال – مفاهيم مغلوطة عن طبيعة الجنس ،وما يجب ان يكون عليه الجنس . فغالبا ما يُعطوا معلومات خطأ عن العمليات والميكانزمات الرئيسية لوظيفة الانتصاب وأسباب الضعف الجنسى (تأثير مرض معين ، الأدوية ، وكبر السن). غالباً ما ينُظر إلى الأداء الجنسى للرجال على أنه أساس وحالة ضرورية لكل خبرة جنسية (Zilbergeld,1992). لذا من الأهمية بمكان تزويد المريض بمعلومات صحيحة عن الجنس . هناك مصادر هامة لهذا الغرض تتمثل فى موقع معهد كينسى على شبكة الإنترنت والتقرير الّذى أعده لومان ورفاقه (1994) Laumann et al .

المثال العيادى :عشر حقائق عن الجنس

1- تكرار الجنس :خلال العام الماضى، أجرى معظم الناس (90٪من الرجال،86٪من النساء) لقاءات جنسية .يتباين تكرار الجنس بشكل كبير بتباين السن ،الحالة الزوجة ، حيث يؤدى الشباب والمتزوجين لقاءات جنسية أكثر من الكبار وغير المتزوجين . من بين الأزواج ، أعلن45٪ عن إجرائهم لقاءات جنسية قليلة فى الشهر ،و7٪ أعلنوا عن إجرائهم للقاءات جنسية أربع مرات فى الأسبوع .

2- الخيانة الزوجية والاتصال الجنسى غير الشرعي :أعلن أكثر من80٪من النساء ،و85٪ من الرجال بأنهم لم يكن لهم شريك سوى أزواجهم . أكثرمن نصف الرجال (56٪)، و30٪ من النساء وقعوا فى الاتصال الجنسى المحرّم مع خمسة أشخاص أو أكثر فى حياتهم ،فى حين لم يكن ل 20٪ من الرجال و31٪ من النساء الأمريكيات سوى شريك زوجى واحد فقط فى حياتهم .

3- الاستمناء : ما يقرب من85٪ من الرجال ، و45٪من السيدات الذين يعيشون مع شريك جنسى أعلنوا عن قيامهم بالاستمناء خلال العام الماضى ،فى حين أعلن 5٪من الرجال ، و11٪ من السيدات أنهم لم يفعلوا الاستمناء قط .من بين الرجال البالغين من العمر 18- 39 عاماً ،وأكثر من الثلث (37٪) أحياناً يستمنون و28٪منهم يستمنون مرة أو أكثر فى الأسبوع ،فى حين لم يستمن 25٪ .

4- هزة الجماع أثناء الجماع :من المحتمل أن الرجال تحدث لهم هزة الجماع أثناء اللقاء الجنسى أكثر من السيدات (75٪ مقابل 29٪) .

5- هزة الجماع لدى السيدات :الإثارة الكافية للبظر ضرورية لوصول المرأة إلى هزة الجماع . ومع ذلك ، فإن إثارة أجزاء أخرى من الأعضاء التناسلية للمرأة يمكن أن يحدث مشاعر قوية من النشوة .هناك جدل حول مرور المرأة بخبرة نوعين من هزة الجماع –هزة الجماع الخاصة بالبظر، وهزة الجماع المتعلقة بالمهبل .بعض النساء تحدث لهن هزة الجماع بشكل يجعل السائل يخرج بغزارة من المثانة ،أو البروستاتا النسائية.

6- منطقة جرافينبرج :عرفت منطقة جرافينبرج نسبة إلى الطبيب الألماني إيزنست جرافينبرج، ويعتقد أنها منطقة مثيرة للشهوة الجنسية وتقع خلف عظم العانة ، إلا أن وجود هذه المنطقة مازال محل خلاف . من المعتقد أن إثارة هذه المنطقة يصحبه هزة الجماع المهبلية ، والقذف عند المرأة .

7- حجم القضيب : متوسط حجم القضيب يتراوح بين 5- 6 بوصة ، أما القضيب المترهّل ، فيتراوح بين 1- 4 بوصه .

8- هزات الجماع المتعددة لدى الرجال : هزات الجماع المتعددة لدى الرجال ، خصوصاً هزات الجماع المصحوبة بالقذف بشكل متعاقب فى دقائق - نادرة . فترة النقاهة بعد القذف

بالنسبة للرجال هى على الأقل 30 دقيقة . بعد هزة الجماع والقذف ، فإن الوقت اللازم لاتمام انتصاب آخر ، حدوث هزة الجماع أخرى يتأخر . أما هزات الجماع المتعددة فتحدث لدى النساء بشكل متكرر .

9- الوقت اللازم للقذف : الرجال الطبيعيون جنسياً يقذفون بعد 4- 10 دقائق من الإيلاج ، إلا أن هناك فروق فردية جديرة بالاعتبار . أما سرعة القذف ، فتحدث بعد دقيقة من ولوج المهبل . أما الاستمرار إلى 20 دقيقة ، فهو نادر (ويمثل إنحرافين معيارين فوق المتوسط) وقد يلاقى معايير القذف المتأخر . ومع ذلك ، فإن المعيار المهم لما إذا كان القذف مبكر أكثر من اللازم ، أو متأخر أكثر من اللازم ، فيتمثل فى درجة التحكم الإرادي لدى الرجل فى القذف ، ودرجة الإشباع ، أو عدم الإشباع التى تحصل لكلا الزوجين .

10- الجنس الشرجى والفمى : فقط 10٪ من الرجال ، و9٪ من النساء مارسوا الجنس الشرجى فى العام الماضى .أما الجنس الفمّى ، فهو أكثر شيوعاً بقليل ، ولكنه لا يُمارس بشكل متكرر ، فقد أوضح المسح أن 27٪ من الرجال ،و19٪ من النساء مارسوا الجنس الفمّى فى العام الماضى .

❖إعادة البناء المعرفى

تشتمل العوامل النفسية التى تسهم فى الخلل الوظيفى الجنسى (الضعف الجنسى) ،مثل ضعف الانتصاب – على أسباب حالية ، وأسباب بعيدة (Loumann etal ,1999). تشتمل الأمثلة على الأسباب الحالية على ما يأتى :الخوف من الفشل ، قلق الأداء،قلق الاستجابة (القلق بشأن نقص الإثارة) ، نقص الاستثارة الكافية ، ومشكلات العلاقة . ينبغى- لكى يتم استهداف الأسباب البعيدة – أن يخاطب العلاج النفسى دور الصدمة الجنسية ، قضايا التوجه الجنسى ، والتهوية الجنسية ، الارتباط الوالدى ، والارتباط المعقد من الشريك ، والمظاهر الثقافية ، والمجتمعية ،والدينية .

هذه المظاهر ينبغى استكشافها مبكراً فى العلاج من أجل تنمية إستراتيجيات علاجية معينة .فى حالة ديفيد ، من الواضح أنه يحمل وجهات نظر تقليدية جداً عن أداء الجنس ،حيث

يحدد نفسه – بشكل قوى – مع الجنس الذكرى ، ودور الجنس ، ومن هذا الدور ، يرى نفسه مسئول عن المواقف ، بما فيها اللقاء الجنسى . يعتقد ديفيد –مثله فى ذلك مثل الرجال الآخرين الذين يحملون نفس الهوية الجنسية أو تحديد الدور الجنسى – أن الرجل "السليم " ينبغى أن يقوم بالأداء الجنسى فى أى وقت يريد .

وعلى العكس ،إذا لم يستطيع الرجل الأداء فى أى وقت ، فإن ذلك يدل على أنه ليس رجلاً حقيقياً ، لذا ،فإن القدرة على الأداء فى أى وقت مؤشر عنده على أنه ما زال رجلاً . وعدم القدرة على الأداء تتحدى –بقسوة- هذه النظرة عن نفسه التى تتمثل فى أنه ما زال رجلاً .هذا المعتقد الرئيسى يستثير الفكرة الخاصة التى مفادها أن هناك عيب ما فيه إذ لم يستطيع الأداء .المثال الآتي يستكشف المعتقد الرئيسى عند ديفيد :

المثال العيادى : استكشاف المعتقد الرئيسى

المعالج النفسى :لماذا شعرت بالحزن الليلة الماضية لكونك لم تحافظ على الإنتصاب ؟

ديفيد :شئ مرعب شئ فظيع .

المعالج النفسى :أفهم ذلك ،ولكن لماذا "شئ فظيع "؟من المستمع ؟زوجتك؟

ديفيد :لا اعرف زوجتى متعاونة جداً . أشعر بأنى ضائع

المعالج النفسى : لأنك ترى أن عليك أن تؤدى بشكل جيد ؟

ديفيد :بالطبع

المعالج النفسى :لأنك رجل ،والرجال ينبغى أن يؤدوا بشكل جيد ؟

ديفيد :أكيد

المعالج النفسى :ماذا لو لم يستطيع الرجل الأداء ؟

ديفيد :اعتقد بأنه ليس برجل سليم .

المعالج النفسى :إذاً ،لو أننى فهمتك جيداً، لو لم تستطيع الحفاظ على الانتصاب ،فإنك تشعر بالحزن لأن الرجال الحقيقيين الأصحاء ينبغى أن يؤدوا هذه العملية فى أى وقت يريدون ،وإذ لم يستطيعوا ذلك ،إذاً لن يكونوا رجالاً ، صحيح ؟

ديفيد :نعم ، هذا صحيح .

المعالج النفسى :يبدو لى أن لديك أفكار واضحة تماماً عما يجب أن يكون عليه الرجال؟

ينبغى أن يكون الرجل قادراً تماماً على الإبقاء على الانتصاب ،وإذا لم يحدث ذلك ، يعنى أن هناك عيب خطير فيه . ما "ينبغى " ، وما "لا ينبغى " يمكن أن يسبب كثيراً من المشكلات .
أود أن ألقى نظرة على ما "ينبغى " ،وما " لا ينبغى" ،لو سمحت لى . هل يمكنك أن تحدد لى ما "ينبغى " وما "لا ينبغى " فيما يتعلق بالجنس ؟

❖الاستثارة الكافية

إن المعتقدات اللاتكيفية التى لدى ديفيد ، والمتمثلة فى أن الرجال يجب أن يكونوا قادرين دوماً على الأداء فى اى وقت ، وتحت أى ظروف أبعدته عن تجريب الإستراتيجيات المختلفة التى قد تعزز من الخبرة المتعة لديه عند الدخول فى النشاط الجنسى مع زوجته علاوة على ذلك ، فإن هناك اعتقاد راسخ لدى ديفيد ،بأن النشاط الجنسى مرادف للقاء الجنسى (الجماع) ،وهذا حدد من اختياراته ، بالإضافة إلى "الممكنات " التى يفكر فيها .

فى الحوار التالى الذى حدث بين ديفيد، وكارين ،والمعالج النفسى ،نوضح القصور فى التفكير ،كما نوضح ونستكشف الطرائق الأخرى لاستثارة ،أو تحفيز ديفيد . بالإضافة إلى ذلك ،فإن هذا الحوار يعطى أمثلة على الطرائق لمناقشة الجنس مع الزوجين ،الأمر الذى قد يكون غير مريح باستخدام كلمات غير مناسبة .من الأهمية بمكان أن يشعر المعالج النفسى بالراحة عند استخدام بعض العبارات الجنسية مثل :........... ،هزة الجماع ،الانتصاب ،حلمة الثدى ، الإثارة ، هزة الجماع ،المنىّ، وغيرها .

مثال عيادى :استكشاف إستراتيجيات الاستثارة الكافية

المعالج النفسى :ديفيد ،من فضلك صف لى ما حدث بالضبط عندما حاولت اللقاء الجنسى مع كارين آخر مرة .

ديفيد :كان ذلك منذ ليلتين .حاولت ،ولكنى أقلعت عن المحاولة ،لأنى لم أستطع .

المعالج النفسى :تعنى أنك حاولت الجنس ولكنك لم تسطع الجماع ؟

ديفيد : لم يكن هناك انتصاب بشكل كافى ، لذلك أقلعت عن المحاولة ،لقد كان سيئاً .

كارين :لا تقل هذا يا ديفيد ، لم يكن الأمر بهذا السوء

المعالج النفسى فهمت . دعنا ننظر إذا ما كان هناك شئ آخر يمكن عمله فى ذلك الموقف .دعنا نحلل هذه اللحظات بشكل دقيق حتى نصل إليه . أخبرني عن كل ما حدث تفصيلياً .من الذى قام بالخطوة الأولى ،ماذا حدث بعد ذلك ؟

ديفيد :ذهبنا إلى السرير شاهدنا التلفاز ، أطفئنا المصابيح ،و قدمنا لأنفسنا ، وحاولنا .إلا أننى لم أذهب إلى أبعد من ذلك

المعالج النفسى : أين لامست كارين .

ديفيد :لامست ....

المعالج النفسى :هل لامست...........؟

ديفيد :نعم

المعالج النفسى :وهل لامست .... ؟

ديفيد : نعم

المعالج النفسى: هل استمتعتى بذلك يا كارين ؟

كارين : بالطبع.

المعالج النفسى :عظيم ،وماذا فعلتى يا كارين ؟

كارين :لامسته أيضاً

المعالج النفسى :هل لامستى .... ؟

كارين :نعم

المعالج النفسى :كما قلت ،لم أتأثر بذلك

المعالج النفسى :أفهم أن هناك شئ محبط لك ،ولكنى أعرف أن هناك أشياء سهلة يمكن أن تقوم بها لتستمتع مرة أخرى .دعنا نستخدم بعض المعينات الصناعية لاستثارة شهوتك ....

❖الاسترخاء

النشاط الجنسى المتع يتناقص مع الضغوط .فالجنس يمكن أن يلطّف من الضغوط ، والضغوط تتداخل مع الجنس . وعلى العكس ، فإن الفرد عندما يكون فى حالة

[1] تم حذف بعض المصطلحات الجنسية الصريحة لعدم مناسبتها لبيئتنا العربية المحافظة

الاسترخاء ، فإن ذلك يعزز من الجنس .فالاسترخاء يعزز من الدافعية والمتعة الجنسية .تدريبات الاسترخاء العامة التى ناقشناها من قبل يمكن ان تكون مفيدة فى التلطيف من الضغوط ، مثل الاسترخاء المتدّرج للعضلة، والاسترخاء بالتخيل . من الواضح أن استخدام المشهد الجنسى كصورة مفيدة جداً . ومع ذلك ، إذا كانت الصورة تستميل مشاعر الخوف ، الخجل ، والغموض، فلا ينصح باستخدام إستراتيجيات التخيل .إن القاعدة الإرشادية بالنسبة للمعالج النفسى تتمثل فى تقديم بيئة سارة والتعامل مع المشكلات الجنسية للمريض بطريقة انفتاحية غير أحكامية .

❖التركيز المُدرك بالحواس

هذا المصطلح قدمه مسترز & جونسون Masters & Jonson (1970) ،ويشير إلى تدريبات معينة لتشجيع الناس (عادة الأزواج)على التركيز على الخبرات السارة بدلاً من التركيز على هزة الجماع أو الجماع كهدف وحيد للجنس . تتكون تدريبات التركيز المدرك بالحواس من مراحل مختلفة .فى المرحلة الأولى ، يأخذ الزوجان دورهما فى ملامسة كل منهما للأخر جسدياً ، ما عدا الصدر والأعضاء التناسلية .

الهدف من هذا اللمس اللا جنسى هو رفع درجة الوعى لدى النسيج والخصائص الأخرى لجلد الشريك .يُعطى الملامس تعليمات بأن يخترق كل ما يجده مثيراً وشيقاً فى جلد الآخر ، وليس ما يحبه أو لا يحبه الآخر . ثم يُعلم الزوجان بألا يتقدما إلى الجماع أو تحفيز الأعضاء التناسلية ، حتى وإن حدثت الإثارة الجنسية .هذه الجلسة تحدث بصمت لأن الكلام ينقص من الوعى بالأحاسيس .

فى المرحلة الثانية ، يتسعّ اختيار اللمس تدريجياً ليشمل على الثديين والأعضاء التناسلية. ما زالت هزة الجماع والجماع ممنوعان ،وينصب التأكيد على الوعى بالأحاسيس الجسمية ، وليس على توقع استجابة الجنسية .للتواصل ، يضع الشخص الذى يُلامس يده فوق يد الشخص الملامس ليبين له ما يجده ممتعاً من حيث المكان ،السرعة ،والضغط .أما المراحل التالية فتشتمل على زيادة التحفيز المتدرج للأعضاء التناسلية للشريك ، ثم الجماع ، مع

التركيز على المظاهر المتعة فى هذا النشاط . لا ينبغى أن تكون هزة الجماع هى محور التركيز .

❖ إستراتيجيات أخرى

هناك عدد من العلاجات الطبية لعلاج الخلل الوظيفى الجنسى . على سبيل المثال ، بالنسبة لضعف الانتصاب ، تشتمل بعض الأساليب على :الجراحة الترقيعية ،زراعة القضيب ،الحقن داخل الجسد (الحقن بمادة مثل كلوريد الخشخاشين (مادة مشتقة من الأفيون) تعمل على استرخاء الخلايا العضلية فى جدار الشريان، وتسبب التمدد وزيادة تدفق الدم الى القضيب) وأدوات الشفط ، وبالطبع الدواء الفمّى مثل سيلدينا فيل (الفياجرا)

بالإضافة إلى الإستراتيجيات النفسية التى سبق ذكرها ،هناك عدد من الأساليب النفسية الخاصة الأخرى لعلاج الإختلالات الجنسية ، إلا أن هذه الإستراتيجيات ليس لها من يدعمها تجريبياً .مع ذلك ، هناك بعض الإستراتيجيات الشائعة والتى ما يؤيدها نتعرض لها فيما يلى :

إستراتيجيات العلاج النفسى للخلل الوظيفى الجنسى

أساليب لعلاج هزة الجماع لدى السيدات

- التدريب على إخراج المنى
- تدريب كيجل : تدريب للسيدات لتحسين القدرة على الإمساك بالبول ، والهدف هو علاج اضطراب الرغبة الجنسية لدى السيدات .
- مناورة الجسر :تحفيز منطقة البظر بواسطة يد الرجل أثناء الاتصال الجنسى .
- وضع الجماع :يكون الرجل فوق المرأة "وضع الركوب العالى"بحيث يقدم أعلى إثارة للمرأة

أساليب لعلاج سرعة القذف

أسلوب قذف- ابدأ: يعطى الرجل تعليمات بأن يبدأ الاستمناء باليد من خلال رفع وخفض قضيبه .وعندما يقترب من القذف ،يعُطى تعليمات بأن يركز على الإحساس بالألم الخفيف قبل القذف ، وعندما يكون بالإمكان وقف القذف ومنعه .ثم يُطلب من الرجل التوقف عن لمس القضيب لمدة 15 ثانية على الأقل حتى يقل الانتصاب ،ثم يبدأ فى

الضغط باليد مرة أخرى حتى يمر بخبرة الإحساس بالوخز الطفيف مرة أخرى .
أسلوب العصر : بعد أن ينتصب القضيب بشكل تام ، تقوم الزوجة بالضغط على هذا القضيب المنتصب بشدة بالسبابة والإبهام ، أسفل الخصيتين حتى يفقد الرجل الانتصاب ، ثم تستثير القضيب مرة أخرى .

الدعم التجريبى

هيمنت التجارب الطبية – بوجه عام - على المجال ، على الرغم من وجود أدلة من الدراسات تؤيد الإستراتيجيات النفسية التى وضعناها فى هذا الفصل .يقدّم روزين & ليبلوم Rosen & Leiblum(1995) استعراضا لهذه الدراسات .على سبيل المثال ،فى تحليل بعدى حديث لضعف الانتصاب الذى يعانى منه ديفيد ،حدد ميلينيك ورفاقه Melnik etal (2007) . تسع تجارب ذات ضبط عشوائي تقارب العلاج النفسى بالعلاجات الأخرى (السيلدينافيل ، أدوات النفخ ، والحقن) والمجموعات الضابطة (عدم وجود علاج) .أظهرت النتائج أن الأفراد الذين خضعوا لأى من هذه العلاجات معدّل الاستجابة لديهم 95٪ ،مقارنة بمعدل صفر٪ لدى الأفراد فى المجموعة الضابطة فى مرحلة ما بعد العلاج . المقارنة بين العلاج النفسى (طُبق فى شكل مجموعة) + السيلدينافيل مقابل السيلدينافيل وحده.
أظهرت أن العلاج المؤتلف حقق تحسينات كبيرة فى الجماع الناجح ،وأقل إخفاقاً من السليدينافيل وحده .لم تكن هناك أى فرق واضحة بين العلاجات النشطة المتعددة عند تطبيقها كعلاج نفسى أحادى .

الفصل الحادي عشر

التحكـــم في الألــــم

الام بيتر

بيتر سائق أتوبيس ، يبلغ من العمر 49 عاماً ، ومتزوج من سيدة تُدعى جين ؛ ولهما من الأبناء اثنان ، يعيشان في ولاية أخرى . كان بيتر يعاني لسنوات من ألم مزمن في منطقة أسفل الظهر في البداية ، ثم بدأ يشعر مؤخراً بالألم في الكتفين والعنق ، والذراعين . بدأ هذا الألم مع بيتر منذ عشر سنوات عندما اصطدمت سيارة أخرى في مؤخرة سيارته أثناء وقوفه عند إشارة المرور . أظهرت أشعة اكس والفحوصات الجسمية الأخرى وجود كدمات بسيطة في الظهر ، وقد التأمت الجروح خلال شهر من الحادث . ومع ذلك ، منذ الحادث ، استمر الألم عند بيتر ، بل وأصبح أكثر سوءاً . أصبح بيتر أكثر حزناً بسبب الألم لأنه يؤثر عل كل مظهر من مظاهر حياته ؛ بما في ذلك وظيفته ، وهواياته وحياته الرومانسية . لقد تعوّد بيتر على الاستمتاع بلعبة البولنغ ، وركوب دراجته البخارية التي كان يذهب بها في رحلات التنزه . ومع ذلك فإن الألم حدّ من قدرته على عمل هذه الأنشطة أو أي أنشطة أخرى ومن ثم توقف عن لعبة البولنغ ، وعن الذهاب إلى النزهة راكباً دراجته البخارية منذ سبع سنوات . كما أن هذا الألم يتداخل مع حياة بيتر الرومانسية ، فنادراً ما يكون هناك اتصال جنسي بينه وبين زوجته جين بسبب الألم ، كما أنه يخاف أن تتركه ، أو يكون لها وقفة معه بهذا الخصوص – جين متعاونة جداً مع بيتر ، ولا توجد أي علامة على أنها تنوي تركه أو أن يكون لها أي شئون زوجية أخرى ، ومع ذلك ، فهي مُحبطة بسبب مشكلات الألم التي عند بيتر لأنها تتداخل أيضاً مع حياتها ، غالباً ما يشعر بيتر بالحزن ، والإحباط ، واليأس لأنه لم يفلح معه أي طبيب ذهب إليه لعلاجه . شعر بيتر بأن حياته عذاب ، وأنها حياة تعسة ، فهو لا يريد شيئاً إلا أن يتخلص من هذا الألم ، إلا أنه لم يجد بعدّ أن إستراتيجية فعالة . جرّب بيتر بعض الأدوية ، إلا أن هذه الأدوية لم تخفف من الألم . بالإضافة إلى ذهابه إلى مجموعة من الأطباء ، ذهب بيتر أيضاً إلى المعالج للأمراض بتقويم العمود الفقري يدوياً لمدة تزيد عن عام ، ولكن دون جدوى . اضطر بيتر إلى اخذ أجازة من العمل كسائق للأتوبيس لمدة شهرين . منذ ثلاث سنوات ، رأى أحد الأطباء أن عنده تليف عضلي ، وفي النهاية استطاع بيتر أن يعود إلى عمله كسائق أتوبيس ، ولكن جزئياً ، وهذا بدوره وضع أعمال مالية على الأسرة ، ونتيجة لذلك ، أصبح بيتر في موقف يائس ، وذهب إلى أخصائي نفسي . متخصص في علاج الألم المزمن .

تعريف الاضطراب

مما لا شك فيه ان كل منا قد مّر بخبرة الألم ، فالألم تكيفي ، حيث أنه ييسر القدرة على تحديد الأذى الجسمي ، والاستجابة له ، والعمل على الاستشفاء منه . ومع ذلك ، فإن الألم بالنسبة لما يقرب من 10٪ من الكبار – يستمر لفترة أطول بعد التئام العضو المصاب ، مما يشير إلى أن هناك عوامل أخرى قد تبقى على خبرة الألم (waddell,1987) . فالنموذج الطبي التقليدي يعتبر الألم خبرة حسية تصدر من الإصابة الجسمية أو الأمراض الأخرى . أما المناظير الأخرى الأكثر حداثة ، فقد أدخلت العوامل النفسية من أجل التعريف الأفضل لخبرة الألم (Fordyce,1976, Gdmsa,1994a, 1994 6, Melzack& wall,1982) .

وفقاً لهذه النماذج ، فإن الألم ظاهرة إدراكية معقدة تنطوي على عدد من العوامل النفسية . فألم بيتر بدأ بحادث سيارة بسيط . على الرغم من أن الإصابة الجسمية تافهة ، إلا أن مشكلات الألم لديه لم تُحل حتى بعد التئام الإصابة . بدلاً من ذلك ، أصبح الألم أكثر ضعفاً ، وانتشر من رقبته وظهره إلى أجزاء أخرى من جسمه ، بما في ذلك الذراعين والكتفين ، ذهب بيتر إلى العديد من الأطباء كما ذهب إلى المعالج للأمراض بتقويم العمود الفقري يدوياً ، إلا أن الأمر المشكلة أصبحت أكثر سوءً ، وفي النهاية شُخصّ على أن عنده تليف في العضلة .

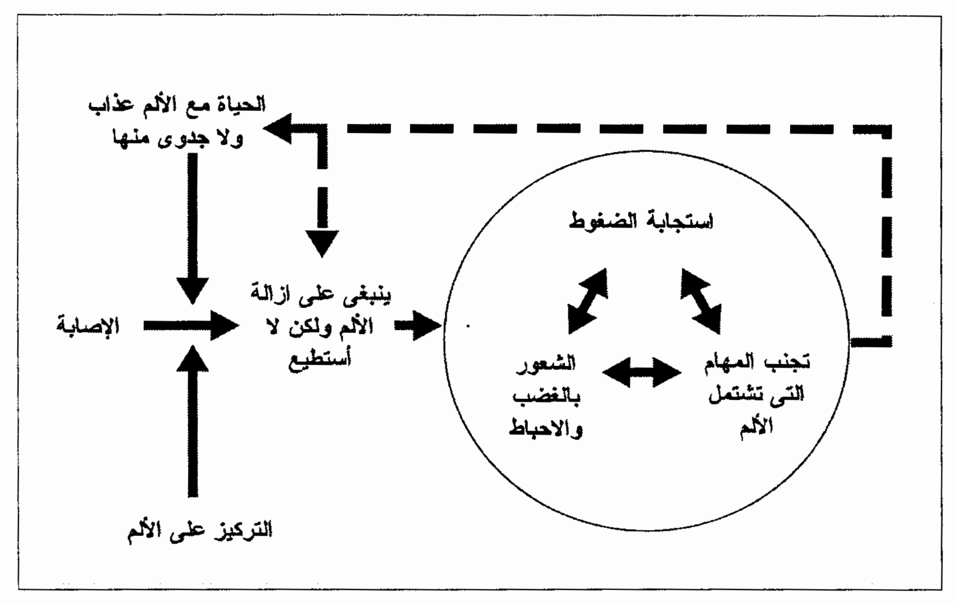
تليف العضلة عبارة عن متلازم الألم المزمن يعرف بالألم واسع الانتشار في مناطق عديدة من الجسم دون اي أساس عضوي محدد المرضى الذين يعانون من هذه الحالة يعلنون عن أعراض أخرى مثل مشكلات النوم ، التعب ، والشعور بالاكتئاب . هذا الاضطراب يؤثر في 2٪ - 7٪ من الناس ، ويصحبه أعباء اقتصادية – اجتماعية كبيرة (Bennett et al,2007 ,spaeth,2000) .

يعانى بيتر من ألم مزمن في أجزاء عديدة من جسمه ، خصوصاً أسفل الظهر ، والكتفين ، والعنق ، والذراعين . بدأ ألم بيتر – مثله في ذلك مثل الألم المزمن لدى كثير من الناس – بحدث معين ، ولكنه (أي الألم) استمر حتى بعد التعافي من الإصابات الجسمية . في حالة بيتر ، فإن الحدث الذي يمثل العلامة على بداية المشكلة هو حادث سيارة وقع له منذ عشر سنوات . منذ ذلك الوقت ، أثّر الحدث كثيراً في حياته ، وتداخل مع عمله ، وهواياته ، وحتى مع حياته الرومانسية .

ونتيجة لذلك ، أصبح بيتر مكتئباً ، وفاقد للأمل كما أن وظيفته كسائق أتوبيس – والتي تتطلب منه أن يجلس في مكان معين لمدة ساعات في المرة الواحدة- أسهمت في مشكلة الألم لديه . بإيجاز ، أصبح الم بيتر محور تركيز حياته ، ولم يعد يريد شيئاً سوى التعافي منه . أنفق بيتر أموالاً كثيرة على علاج الألم ، إلا أن أياً من هذه العلاجات لم ينفع معه ، كما أن بعض هذه العلاجات خصوصاً معالج الأمراض بتقويم العمود الفقري يدوياً- جعل الألم أكثر سوءً .

من الواضح الآن أن ألم بيتر له دور محّوري ومحدد في حياته . في حين أن الأذى كان هو المثير الأول ، إلا أن هناك عوامل أخرى أبقت على المشكلة .ينظر بيتر إلى حياته مع هذا الألم ، على أنها عذاب ، وأن وجوده فيها لا معنى له ، فالألم مستمر ، ويشغل باله في كل وقت وحين ، ويتمثل شعوره في رغبته في إنهاء هذا الألم والتحرر منه ؛ ومع ذلك فإنه لا يقوى على فعل هذا . هذه الخبرة الدائمة والمتكررة من الألم جعلته يشعر بالضغوط – هذه الضغوط ظهرت في شكل الإثارة الجسمية المرتفعة ، ومشاعر الغضب ، والإحباط .

إضافة إلى ذلك ، يحاول بيتر تجنب المهام التي تستميل الألم مثل العمل ، لعب البولينغ ، وركوب الدراجة البخارية ، والاتصال الجنسي مع زوجته . تجدر الإشارة الى أن نواتج هذه الأفعال تعزز من وجهة نظر بيتر في أن الحياة لا جدوى منها ، وتقوي أيضاً رغبته في إنهاء الألم . ويمكننا القول بأن بيتر يائس . الشكل (23) يوضح العوامل التي تسهم في مشكلات الألم لدى بيتر .



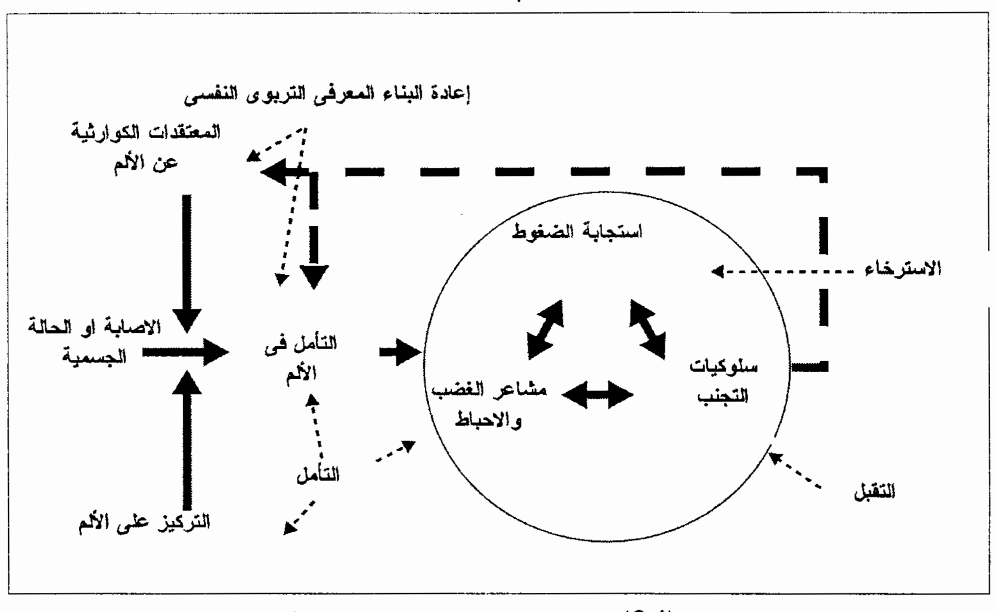
الشكل (23) مشكلة الألم لدى بيتر .

إستراتيجيات العلاج

ألم بيتر حقيقى ، كما أنه لا يتمنى شيئاً سوى أن يُعافى من مشكلات الألم المزمن هذا ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن كفاحه الدائم مع هذا الألم قد تسبب له في مقدار كبير من الضغوط . تشير البحوث إلى أن الضغوط المرتبطة بالألم تعزز من المعتقدات الكوارثية عن الألم وتسهم في حدة الألم ، وتداخل الألم في الأنشطة اليومية (Sullivan et al,2001) ، محققةً بذلك دورة مفرغة بين الألم ، والضغوط المرتبطة بالألم ، والألم المرتبط بالضغوط . كما هو الحال لدى كثير من الذين يعانون من الألم ، فإن ألم بيتر مرتبط بالإصابة الجسمية .

بعد حل المثير الأول ، والتئام الإصابة التي أحدثتها حادثة السيارة ، أصبح ألمه مزمناً ، نتيجة لعوامل أبقت على المشكلة ، من بين هذه العوامل الهامة التي أبقت على المشكلة المعتقدات الكوارثية لدى بيتر عن خبرة الألم . إن معارف بيتر – مثله في ذلك مثل الآخرين الذين يعانون من الألم – عند الألم تضخم من الخبرة .

على سبيل المثال ، يشعر بيتر بان الألم قد حوّل حياته إلى عذاب ، بل أصبحت حياة لا جدوى منها ؛ ونتيجة لذلك ، انصب تركيزه على خبرة الألم وعلى مناحي القصور التي وضعها الألم في حياته .فدائماً ما يفكر بيتر في الألم ، وأصبح محّور تركيز وجوده . وكما ذكرنا في الفصل السابع من هذا الكتاب ، فإن التفكير في الألم ، والقلق بشأنه يبقى على المشكلة لأنه يؤدي إلى دورة مفرغة ، يوضحها الشكل (24).



الشكل (24) الاستراتيجيات التي تستهدف الألم .

إن المحاولات العديدة التي قام بها من أجل إنهاء الألم باءت بالفشل ، الأمر الذي أدى به إلى الشعور بالإحباط ، والاكتئاب . بالإضافة إلى ذلك ، فإن معتقداته الكوارثية عن الألم تسهم في الضغوط ، والاستثارة الجسمية العالية ، والشعور بالغضب والإحباط . حاول بيتر تجنب الألم باستخدام الأدوية الطبية والاستراتيجيات الأخرى ، ولكن هذه المحاولات لم تنجح معه ، وعززت من المعتقدات ، والمعارف السالبة لديه . هناك عدد من استراتيجيات التدخل الفعالة التي يمكن أن تتداخل مع الدورة المفرغة للألم عند بيتر . هذه الاستراتيجيات تم تلخيصها وتصويرها في الشكل السابق (شكل 24) .

التربية النفسية

هناك مظهر هام من مظاهر العلاج –خصوصاً في بداية العلاج النفسي- ألا وهو مناقشة المريض في العلاقة بين الضغوط والألم على أنها عامل مساهم في الإبقاء على المشكلة . كما أوضحنا في الفصل الأول ، هناك فرق هام بين العوامل الأولية ، وهي المسئولة عن حدوث المشكلة في المكان الأول (حادث السيارة الذى وقع لبيتر وأدى إلى الإصابة في الظهر) ، وعوامل الإبقاء ، وهي المسئول عن استمرار المشكلة .

عادة ما تختلف عوامل الإبقاء عن العوامل التي أدت إلى حدوث الإصابة الأولى . غالباً ما يكون هناك سبب واحد لوقوع الحدث أو المشكلة ، إلا أن الإبقاء على المشكلة له أسباب عديدة . أحد أهم عوامل الإبقاء هو العلاقة الارتباطية بين استجابات الضغوط والألم . هناك حقيقة مفادها أن الضغوط تسهم في الألم ، وهذا لا يعني أن الألم ليس حقيقي ، إلا أنه يعني ببساطه أن الضغوط تفاقم خبرة الألم ، وأن الألم –بدوره- يستثير الضغوط . من الممكن أن تكون الضغوط أفضل أو أسوء بناءً على تفكير الفرد في الألم أو ما يعتقده عن الألم. بمعنى آخر ، من الممكن أن تجعل الضغوط الألم أكثر سوءً ، وأمن المرور بخبرة الألم يمكن أن تؤدي إلى الضغوط . غالباً ما يتم الإبقاء على هذه الدورة المفرغة من خلال المعتقدات اللاتكيفية الكوارثية والعمليات المعرفية اللاتكيفية ، وهذا يرتبط باستجابات انفعالية سالبة ومحاولات لتجنب الألم .

بإيجاز ، على الرغم من أن الألم حقيقي وتسببه إصابات جسمية ، إلا أن هناك عوامل نفسيه هامة . إن الضغوط والأفكار السالبة تسهم في الإبقاء على خبرة الألم ، تجدر الإشارة إلى أن التعرف على وتعديل هذه العمليات اللاتكيفية يمكن أن يقلل من مشكلة الألم بشكل دال .

المثال العيادي : التربية النفسية عن الألم

لكي نفهم خبرة الألم ، ينبغي الا ننظر فقط إلى القضايا الجسمية والبيولوجية المرتبطة بالألم ، ولكن أيضاً ينبغي علينا أن نضع في اعتبارنا العوامل النفسية . أود أن أناقش في لحظات معدودة هذه العوامل لأنها قد تكون هامة في الإبقاء على الألم لديك . كما لاحظت ، فإن الألم يسبب درجة دالة من الضغوط في حياتك . على سبيل المثال ، أنت تعوّدت على لعبة الباولينغ ، والذهاب في رحلات على دراجتك

البخارية . الآن ، توقفت عن البولينغ ، وعن الذهاب إلى الرحلات على دراجتك البخارية . ذكرت أيضاً أن للألم تأثير سلبي على حياتك الرومانسية ؛ وأنا متفهم تماماً أن هذا جعلك مكتئباً ، وحزيناً، وذكرت أيضاً أن الألم يحدث لك بشكل مستمر ، ويصل إلى ذروته عندما تشعر بالضغوط . إذاً ، نحن نتعامل هنا مع دوره مفرغة من الألم ، والضغوط ، والألم .

❖إعادة البناء المعرفي

يعتقد بيتر أن حياته مع الألم عذاب ، ولا جدوى منها ؛ وهذا اعتقاد كوارثي . ومع ذلك ، بغض النظر عما حاول عمله ، فإنه غير قادر على إنهاء الألم —هذا الألم الذي يستثير استجابة الضغوط ، ومشاعر الغضب والإحباط . يحاول بيتر بكل ما أوتي من قوة تجنب المهام التي تستميل الألم ، وهذا يعني أن ألم بيتر يتداخل مع حياته بدرجة كبيرة . بالإضافة إلى ذلك ، يمثل الألم دوراً مهيمناً في حياته ، وهذا يقوي معتقداته اللاتكيفية عن تأثير الألم والحاجة لتجنب اي شئ قد يسبب الألم ، مما يؤدي ذلك في النهاية إلى مزيد من الضغوط . لا يمكن تجاهل اسباب الألم . ومع ذلك ، من الممكن بشكل مؤكد التأكيد على العلاقة بين التفكير الكوارثي والمشاعر السالبة – تعرض فيما يأتي مثالاً على هذه المناقشة :

المثال العيادي : المعتقدات الكوارثية عن الألم

المعالج النفسي : أنت تقول أن حياتك عذاب وأن الألم قد جعل حياتك عذاب وأن الألم قد جعل حياتك لا جدوى منها .هذا الكلام خطير .

بيتر : أكيد ، ولكنه حقيقي .

المعالج النفسي : قد يبدو هذا سؤالاً غريباً ، إذا كانت حياتك مع الألم لا جدوى منها ، إذاً لماذا أنت على قيد الحياة إلى الآن ؟ أنا لم أقصد السخرية منك ، ولكني أحاول أن أفهم لماذا تستمر في الحياة .

بيتر : أعتقد ، على أمل أن يتغير الحال .

المعالج النفسي : ماذا لو علمت أكيداً أن الحال لن يتغير . ماذا لو لم تُعافى أبداً من الألم ؟

بيتر : سوف أقتل نفسي

المعالج النفسي : دعنا نفكر في هذا لمدة لحظة . إذاً لو علمت أنك لن تُعافى أبداً من الألم ، فإنك سوف تفكر في قتل نفسك ، لماذا ؟

بيتر : لأن الألم لا يُطاق .

المعالج النفسي : أن أفهم تماماً أن الألم خبرة مفزعة ، ولكنك قلت انه لا يوجد مبرر للحياة مادام استمر الألم ، صح ؟

بيتر : نعم ، أعتقد ذلك .

المعالج النفسي : وما الفائدة من قتل نفسك ؟

بيتر : سيزول الألم .

المعالج النفسي : صح ! وما الخسارة من ذلك ؟

بيتر : ماذا تعني ؟ أكيد أني سأموت .

المعالج النفسي : نعم ، ولكن دعنا نفكر في الناس الذين يحبونك ، والأشياء التي تفعلها في حياتك ، والأشياء التي سوف تخسرها نتيجة موتك .

بيتر : أعتقد أن هناك أشياء سوف أخسرها ، وستصبح أسرتي وأصدقائي في حزن شديد ، ولكني سوف أستريح .

المعالج النفسي : نعم ولكن الألم لم يتداخل مع حياتك وفقط ، بل سيسلب منك مستقبلك لأنك ستموت بسبب الألم . النقطة هنا هي كالأتي : الألم الذي تعانيه خبرة مرعبة ، ومع ذلك ، فإن استجابتك للألم تعطيه الفرصة للتحكم فيك ، حيث أنك سوف تقتل نفسك بسببه . نحن لا نستطيع أن نتحكم بفعالية في ألمك ، ومع ذلك ، فإننا نستطيع أن نوقف الألم من أن يتحكم فيك ! هل هذا مفيد ؟ هل تعرف ماذا أقصد بذلك

❖الاسترخاء والتأمل

هناك مجموعة من الاستراتيجيات الفعالة لاستهداف استجابة الضغوط مرتبطة بالألم وهي أساليب الاسترخاء والتأمل . لأن تدريبات التأمل (كما أوضحنا في الفصلين السابع والثامن)من الممكن أن تكون أسلوباً قوياً في الحد من الضغوط ، كما أنه يستهدف الألم مباشرةً من خلال استرخاء مجموعة معينة من العضلات . نعرض فيما يأتي مثالاً على تدريب الاسترخاء التدريجي للعضلة :

المثال العيادي : الاسترخاء التدريجي للعضلة

اتخذ مكاناً مريحاً على كرسي مريح في بيئة آمنة . اخلع حذاءك ، وتجرد من ملابسك التي تقيدك . أغمض عينيك . شد ، وأرخ كل مجموعة من العضلات كالأتي :

1- الجبهة : جعّد جبهتك بتحريك حواجبك نحو حدّ الشعر في فروة الرأس لمدة خمس ثواني . استرخ . لاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء .

2- العينان والأنف : أغمض عينيك تماماً ، وكن على هذه الحالة لمدة خمس ثواني . ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء.

3- الشفتان ، والوجنتان ، والفكان : شد أركان فمك إلى الخلف كما لو كنت تكشّر . ظل على هذه الحالة لمدة خمس ثواني . ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء ، واشعر بالدفء والهدوء في وجهك .

4- اليدان : مدد يديك أفقياً . أُطبق يديك لمدة خمس ثواني ، ثم استرخ لاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء.

5- أعلى الذراعين : اثن الكوع ، شّد العضلة ذات الرأسين (في أعلى الذراع) لمدة خمس ثواني ، ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشّد والاسترخاء.

6- الكتفان : حرّك كتفيك إلى اعلي وأبقيهما على هذا الوضع لمدة خمس ثواني ،ثم استرخ .

7- الظهر : أطرح ظهرك وعنقك على الكرسي ، ظل على هذا الوضع المشدود لمدة خمس ثواني ، ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشّد والاسترخاء.

8- البطن : شدّ عضلات بطنك لمدة خمس دقائق ، ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشدّ والاسترخاء.

9- الورك والأرداف : شدّ عضلات الوركين والأرداف لمدة خمس ثواني ، ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشدّ والاسترخاء.

10- الفخذان : شدّ عضلات الفخذين بالضغط على رجليك معاً بشدة . أستمر لمدة خمس ثواني ، ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشدّ .

11- القدمان : اثن الكاحلين نحو جسمك . استمر في ذلك لمدة خمس ثواني ، ثم استرخ . لاحظ الفرق بين الشدّ .

12- أصابع القدم : لفّ أصابع قدمك لمدة خمس ثواني ، ثم استرخ .

13- افحص عضلات جسمك لترى إذا ما زالت مشدودة . لو لزم الأمر ، شدّ ، وأرخ أي مجموعة من العضلات ثلاث أو أربع مرات .

❖التقبل :

التدخلات التقليدية للألم المزمن اهتمت بشكل رئيسي بالتحكم في الألم ، على سبيل المثال : استخدام الجراحة ، الدواء الطبي ، وأساليب الاسترخاء . ومع ذلك ، لم تستجب خبرة الألم لدى كثير ممن يعانون من الألم لهذه التدخلات .

والموقف يصبح أكثر إشكالية حين يسيطر الألم على وجود الفرد ، ويتداخل مع عمله ، وأسرته والمظاهر العامة الأخرى من حياته (MCcracken et al,2004) . بالإضافة غلى ذلك ، فإن الإفراط في تجنب خبرة الألم يصحبها عدم قدرة ومعاناة شديدة (Asmundson et al,1999) .

استراتيجيات التقبل يمكن أن تكون مفيدة في استهداف هذه المحاولات اللاتكيفية للتحكم في الموقف الذي يبدو على انه لا يمكن التحكم فيه . يُعرف تقبل الألم المزمن بأنه "رغبة نشطة في الانخراط في أنشطة ذات معنى في الحياة بغض النظر الأحاسيس ، والأفكار ، والمشاعر

الأخرى المرتبطة بالألم ، والتي قد تعوق هذا الانخراط" Mccracken et al,2004).
,p.6)

التقبل في هذا السياق لا يوحي بأن المرضى ينبغي أن يسلّم نفسه للألم ، وينمي اتجاهاً سالباً هدّاماً ، كما لا يوحي بأن على المريض أن يحاول إعادة تأطير الألم كخبرة موجبة . بدلاً من ذلك ، فإن التقبل يشجع المرضى على تطبيق منظور جديد نحو خبرة الألم لديهم وتأثيره على حياتهم . ومن خلال تقبل الألم ، يتم تشجيع المريض على القيام باختيار للإقلاع عن الكفاح للتحكم في الألم ، والقيام بدلاً من ذلك بأفعال تؤدي إلى تعطي قيمة للحياة ، وفي الوقت نفسه تؤدي إلى قبول خبرة الألم (Hayes,2004).

فيما يبدوا أن استراتيجيات التقبل واعدة للاضطرابات النفسية التي أُبقي عليها جزئياً من خلال محاولات تجنب أو كبح الخبرات الخاصة (مثلاً : الألم ،والأفكار المقلقة) ، مما يؤدي إلى الاستمرار المتناقص ، وإعادة الحدوث المتناقص للخبرة التي يتم تجنبها أو كبحها . إن استراتيجيات التقبل تساعد المريض على إدراك أن أي محاولة للتحكم في الأحداث الخاصة عبارة عن جزء من المشكلة وليست حلاً . هذه الإستراتيجية كانت معروفة لفترة طويلة في الطب الشرقي التقليدي مثل العلاج النفسي في البوذية والعلاج النفسي لموريتا Morita (Hoffmann,2008b) .

المثال العيادي : تقديم استراتيجيات التقبل

نقدم فيما يأتي مقتطف من العلاج النفسي لموريتا (Morita,1998,pp 8-9) . هذا المقتطف يوضح استخدام استراتيجيات التقبل :

"الكلب المربوط في صاري بحبل سوف يستمر في المشي حول الصاري في محاولة لتحرير نفسه أو فك قيده ، والنتيجة هي أنه يصبح أكثر قيداً ، وعدم قدرة على الحركة . نفس الأمر ينطبق على الأفراد ذوي التفكير الاستحواذي ، الذين تحبسهم معاناتهم عندما يحاولون الهروب من مخاوفهم وعدم الراحة من خلال وسائل معالجة متعددة . بدلاً من ذلك ، إذا أرادوا المثابرة خلال الألم ومعالجته على أنه شئ حتمي ، فإنهم لم يحبسوا بهذه الطريقة ، وهذا يشبه الحمار يرعى حول الصاري بكل حرية بدون أن يقيّده .

هذا المثال يوضح الإستراتيجية العامة لاستخدام الأساليب التي تستند إلى التقبل من اجل التعامل مع الألم ، بما في ذلك الاستراتيجيات النفسية (مثلاً : صرف الانتباه) ، والفسيولوجية (مثلاً : العلاج النفسي الفسيولوجي) ، والطبية (مثلاً: استخدام العلاج الدوائي أو الجراحة) ، فإنه يتم تشجيع المريض على قبول خبرة الألم كما هي ، بدون محاولة تجنبها أو تعديلها . ومن خلال محاولة عدم التحكم فيها ، فإن المريض يتحكم فيها بشكل تناقضي .

الجدير بالذكر أن هذا المدخل يمكن أن يكون صعباً في التطبيق –من ناحية- لأنه مناف للمنطق –ومن ناحية أخرى- لأنه يمكن أن يتداخل مع الاستراتيجيات الفعالة الأخرى للتحكم في الألم ، بما في ذلك المداخل النفسية (إستراتيجيات الاسترخاء) ، والأساليب الطبية . لذا ، يُوصى بأن تقدّم استراتيجيات التقبل فقط عندما يصبح من الواضح أن الاستراتيجيات التقليدية ، والفعالة الأخرى في التحكم في الألم ليس لها جدوى . يمكن تطبيق استراتيجيات التقبل في مرحلة لاحقة كبدائل للأساليب الأخرى .

الدعم التجريبي

إن علاج الألم المزمن تحدي ، كما أن احتمالية الشفاء ضعيفة (Goldenberg Et Al,2004) . تشير البحوث إلى أن هذا الاضطراب يمكن علاجه بفعالية من خلال العلاج الطبي النفسي الدوائي مثل الأدوية المضادة للاكتئاب (Hauser Et Al,2009) .

ومع ذلك ، فإن التدخلات الدوائية غالباً ما تؤدي إلى إخفاقات علاجية وآثار جانبية عكسية (Marcus,2009) .لقد ثبت أن التدخلات النفسية فعالة في الألم المزمن (Abeles Et Al,2008 ,Ecclestion Et Al,2009) ,Richmond Et Al,1996) . بما في ذلك ألم أسفل الظهر المزمن (Hofmann,Et Al,2007) . والتليف العضلي (Glombiewski Et Al,2010) .

في استعراض تحليل بعدي للتدخلات النفسية في ألم أسفل الظهر المزمن ، ثم دراسته وفحص 22 دراسة تجريبيه عشوائية الضبط (Hoffmann, et al,2007) لوحظ التأثيرات الموجبة للتدخلات النفسية مقارنة بالتأثيرات التي لوحظت في المجموعات

الضابطة المتعددة ، وذلك لحدة الألم ، والتداخل المرتبط بالألم ، وجود الحياة بالألم ، والاكتئاب .

كما لوحظ أيضاً تأثيرات قصيرة المدى موجبة على تداخل الألم ، وتأثيرات موجبة طويلة المدى على العودة إلى العمل ، وذلك للمداخل المتعددة والتي اشتملت على المكّون النفسي . بإيجاز ، أظهرت نتائج هذه الدراسة تأثيرات موجبة للتدخلات النفسية لألام أسفل الظهر المزمنة . كما أن هناك تحليل بعدي آخر درس فعالية العلاجات النفسية طويلة المدى وقصيرة المدى للتليف العضلى (Glombiewski Et Al,2010) .

هذه الدراسة حددت 23 تجربة تنطوي على 30 حالة علاج نفسي و 1.396 مريض . أظهرت النتائج حجم تأثير دال ولكنه صغير للحد قصير المدى من الألم (37.) ، وحجم تأثير من صغير المتوسط للحد طويل المدى من الألم خلال فترة متابعة قدرها 7.4 شهراً ، لأي من التدخلات النفسية . كما تبين أن هذه التدخلات فعالة في الحد من مشكلات النوم (Hedges'9=0.46) ، والاكتئاب (Hedges'9=0.33) ، وتحسين حالة الأداء (Hedges'9=0.42) ، حيث ظلت التأثيرات ثابتة في القياس البعدي . كما أظهرت التحليلات أن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي متفوق على العلاجات النفسية الأخرى من حيث الحد قصير المدى من الألم (Hedges'9=0.66) ، حيث كلما زادت عدد الجلسات كلما أدى ذلك إلى نتائج أفضل .

بعيداً عن أساليب العلاج المعرفي السلوكي التقليدي ، فان استراتيجيات التقبل تقدم طرائق فعالة بشكل كبير للتعامل مع الألم المزمن . على سبيل المثال ، لقد تبين أن التقبل الكبير للألم يرتبط بانخفاض حدة إدراك الألم ، وقلة القلق المرتبط بالألم ، والتجنب ، وقلة الاكتئاب ، وقلة عدم القدرة الجسمية والنفسية ، وحالة عمل أفضل (Mccracken,1998) بإيجاز فإن فعالية العلاج النفسي للتليف العضلي صغير نسبياً لكنة قوي مقارنة بالعلاجات الأخرى المعلن عنها ، والعلاجات الدوائية المستخدمة لهذا الاضطراب .

علاوة عل ذلك ، ارتبط العلاج المعرفي السلوكي التقليدي بأحجام تأثير كبيرة . الاستراتيجيات التي تشجع المريض على قبول الألم المزمن –وليس تجنبه- يمكن ان تعزز من فعالية العلاج لدى بعض مرضى الألم المزمن .

الفصل الثانى عشر

التحكـــم فى النـــوم

مشكلات النوم عند تونى

تونى شاب فى الرابع والعشرين من عمره ،وهو باحث فى درجة الماجستير .تونى يدرس إدارة أعمال ،ويعيش بمفرده خارج المدن الجامعية .تونى طالب منتظم ،يحصل على درجات متوسطة ،يتمتع تونى بوجه عام بصحة جيدة ما عدا مشكلات النوم ،كما أنه لا يعانى من أى قلق ،أو اكتئاب ،أو أى مشكلات نفسيه أخرى .ومع ذلك ،حتى بدون أى ضغوط غير عادية ،فإن تونى يجد صعوبة فى النوم .منذ أن التحق بالجامعة ،أصبحت مشكلات النوم لديه أكثر سوءً ، حيث يستغرق وقت طويلاً حتى يخلد إلى النوم ،وأحياناً يستيقظ فى منتصف الليل أو فى الصباح الباكر ،ثم لا يستطيع ان يعود مرة أخرى إلى النوم .ونتيجة لذلك ،بدأ يشعر بالقلق عندما يأتى موعد النوم ،فى حالة عدم قدرته على النوم .يضع تونى جهاز تلفزيون فى حجرة النوم لكى يساعده على التخفيف من القلق بشأن الذهاب الى النوم .فى كل ليلة ، يتناول تونى العشاء الساعة السادسة ، ويذاكر حتى السابعة ،ويستعد للذهاب للنوم ، يعطى نفسه وقتاً كافياً للنوم . غالباً ما يقوم تونى بعمل طعامه وطبخه بنفسه ، ويتناول زجاجتين أو ثلاثة من الكحول ليهدئ من نفسه .عادة ما يشاهد تونى التلفاز لمدة ساعة بعد العشاء قبل البدء فى محاولات النوم حوالى الثامنة أو التاسعة . تونى يتقلب كثيراً على السرير ،ويستغرق ما يقرب من أربع ساعات حتى يخلد إلى النوم . يستيقظ تونى حوالى الساعة السادسة وأحياناً يستيقظ فى منتصف الليل أو فى الصباح الباكر حوالى الساعة الثالثة أو الرابعة ويجد صعوبة فى العودة مرة اخرى إلى النوم . ثم يشاهد التلفاز ، او يتصفح البريد الإلكتروني الخاص به . لكى ما يعوض ما فاته من النوم الطبيعى ، غالباً ما يقضى تونى يومى الجمعة والسبت مع الأصدقاء فى النوادي والأحداث الرياضية . تونى لديه زيادة طفيفة فى الوزن ،ويستمتع بالطبخ ومتابعة الرياضة .كما أنه لا يمارس أى نوع من أنواع الرياضة المعتادة ما عدا لعبة الكرة القاعدية من آن لآخر مع الأصدقاء .جرّب تونى العديد من الأدوية لعلاج مشكلات النوم لديه ، إلا أنه لم يحب الآثار الجانبية لهذه الأدوية.

تعريف الاضطراب

مشكلات النوم – أيضاً تعرف بالأرق Insomnia – شائعة. تشير الدراسات فى مجال علم الأمراض إلى أن 3من10 أفرادلديهم مشكلات فى النوم،وأن ما يقرب من7٪ يلاقون المعايير الخاصة بالأرق (LiBlanc et al ,2006) .

بوجه عام ، يُعرف الأرق بأنه صعوبة فى استهلال النوم ،وتعزيزه ، أو الحصول على نوم كافٍ . مشكلات النوم هذه تسبب أسى أو تداخل فى حياة الفرد وتحدث على الرغم من أن الفرد قد تكون أمامه فرص كافية للنوم – الأرق يأتي – فى الغالب – مصحوباً بعدد من المشكلات النفسية المختلفة، بما فى ذلك اكتئاب ،القلق ، مشكلات استخدام المواد المسكرة ،وحالات طبيعية أخرى عديدة .تجدر الإشارة إلى أن 1- 2٪ من الأفراد لديهم الأرق الرئيسى (الأولى) ،والذى يُعرف بأنه مشكلات نوم تستمر بشكل مستقل عن أى حالة مرضية مصاحبة . الأرق العام يمكن أن ينمو فى أى سن ، فى حين أن الأرق الأوّلى يميل إلى أن يكون شائعاً لدى صغار السن مثل تونى .

معايير الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية للأرق الأوّلى :

(1)المشكلة الأولية تتمثل فى صعوبة استهلال أو الإبقاء على النوم لمدة شهر على الأقل

(2) تسبب المشكلة التوتر والاضطراب

(3) لا تحدث المشكلة –على وجه القصر – كنتيجة لاضطراب نوم أخر ، أو اضطراب عقلى آخر ، أو كنتيجة لتأثيرات استخدام المواد المسكرة أو اعتدال الطبى . كما أوضحنا من قبل فإن تونى كان يعانى من مشكلة فى استهلال النوم ،والإبقاء عليه ،هو مغتّم بسبب هذا . نظراً لأن المشكلات النوم لدية لا ترتبط بأي مشكلة نفسية أو طبية أخرى ،فمن المحتمل أن تونى يلاقى المعايير التشخيصية لأرق الأولى .

نحن ننام بليل لأن أجسامنا تتبع ساعة داخلية منتظمة مع دورات الليل والنهار . هذه الساعة الداخلية تنظم دورة النوم – الاستيقاظ ،بالإضافة إلى الهضم ، ودرجة حرارة الجسم ، أشياء أخرى .لو مثلنا عملنا فى ورديات ليلية لوقت متأخر، فإن هذه الدورة الطبيعية تختل .بالإضافة إلى ذلك فإن هذه الدورة الطبيعية يمكن أن تختل أيضاً بواسطة عادات غير

صحية معينة ، والتى تشمل على النوم أثناء النهار ، الذهاب إلى النوم مبكراً، عدم الانخراط فى المهام العقلية قبل النوم ، مشاهدة التلفاز أو أداء مهام أخرى تتنافر مع النوم فى السرير، الاجتهاد فى النوم ،القلق بشأن عدم القدرة على النوم ، والقلق بشان عواقب عدم النوم .

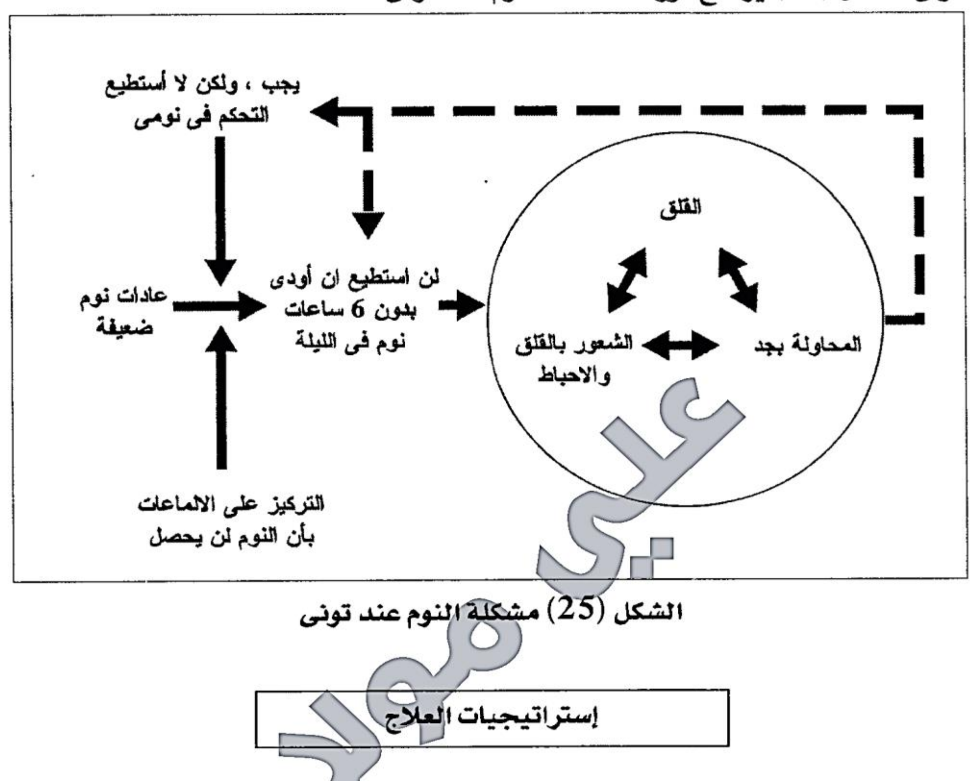
بشكل متناقص ، كلما اجتهدنا لبلوغ النوم ،كلما كان النوم أكثر صعوبة ، وهذا يرتبط بالحمل المعرفى الزائد عند محاولة الخلود إلى النوم . هذا التأثير ظهر بشكل مقنع فى دراسة آنسفليد & ورفاقه Ansfield & Colleagues (1996) .

ففى هذه الدراسة ، طُلب من الذين ينامون بشكل جيد الخلود إلى النوم التام سريعاً، أو الخلود إلى النوم فى الوقت الذى يريدونه تحت ظروف الحمل المعرفى الزائد (الاستماع إلى موسيقى اللحن العسكري) ؛أو الحمل المعرفى المخفض (الاستماع إلى موسيقى العصر الحديثة) . الأفراد الذين طُلب منهم الخلود إلى النوم سريعاً أثناء الاستماع إلى موسيقى اللحن العسكري وجدوا صعوبة فى الخلود إلى النوم مما يشير إلى أن الحمل المعرفى يلعب دوراً رئيسياً فى إضرابات النوم .

نموذج العلاج

يظهر تونى عدد من السلوكيات التى غالباً ما تسهم فى الأرق . فهو قلق كثيراً بشأن بلوغ النوم ،ويعتقد أنه لن يكون قادراً على الأداء بشكل طبيعى إلا إذا نام على الأقل 6 ساعات فى الليلة .ما يشغل بال تونى ويهتم به هو ان نقص النوم سوف يؤثر سلبياً على قدرته على التركيز فى دراسته ،وبالتالي سوف يحصل على درجات منخفضة ،وقد يرسب فى الامتحانات الهامة نتيجة لقلة النوم. لذا، فإنه يحاول الذهاب إلى النوم مبكراً . بالإضافة إلى ذلك، فإن تونى يقوم بعمل أشياء أخرى تسهم فى ضعف النوم :فهو يطبخ وجبات ثقيلة قبل الذهاب إلى النوم ،ويشرب الكحول قبل النوم بفترة قصيرة ، ويشاهد التلفاز على السرير قبل أن يطفئ الأنوار ،أضف إلى ذلك أنه لا يقوم بعمل أى تدريبات رياضية أثناء النهار . إن

استعداد تونى لمشكلات النوم ، ع المعتقدات المعرفة اللاتكيفية ،كل ذلك يحيله إلى الأرق الأوّلى الشكل (25) يوضح دورة مشكلات النوم عند تونى .



الشكل (25) مشكلة النوم عند تونى

إستراتيجيات العلاج

النموذج المعرفى البارز للأرق الأوّلى صاغه هارفى(2002) Harvey .هذا النموذج يظهر متشابهات عديدة مع نموذج الهلع لكلارك (1986) Clark (أنظر الفصل الرابع) يفترض هذا النموذج أن الأفراد ذوى الأرق مشغولون مسبقاً بالخلود يفترض هذا النموذج أن الأفراد ذوى الأرق مشغولون مسبقاً بالخلود إلى النوم سريعاً ، والحصول على القدر الكافى من النوم .ونتيجة لذلك ، فإنهم قلقون بشأن عدم الحصول على القدر الكافى من النوم ، وبشأن التأثيرات الضارة لقلة النوم على الصحة العامة والأداء المهنى .

من المفترض أن هذا النشاط المعرفى المفرط المتكافئ سلبا يؤدى إلى استثارة جسمية عالية ،وتوتر شخصى . ونتيجة لذلك،فإن الأفراد ذوى الأرق ينتبهون بشكل إنتقائى إلى الإلماعات المرتبطة بالنوم ،ويرقبونها- هذه الإلماعات مثل أى إشارات جسدية تتناغم أو تتنافر مع

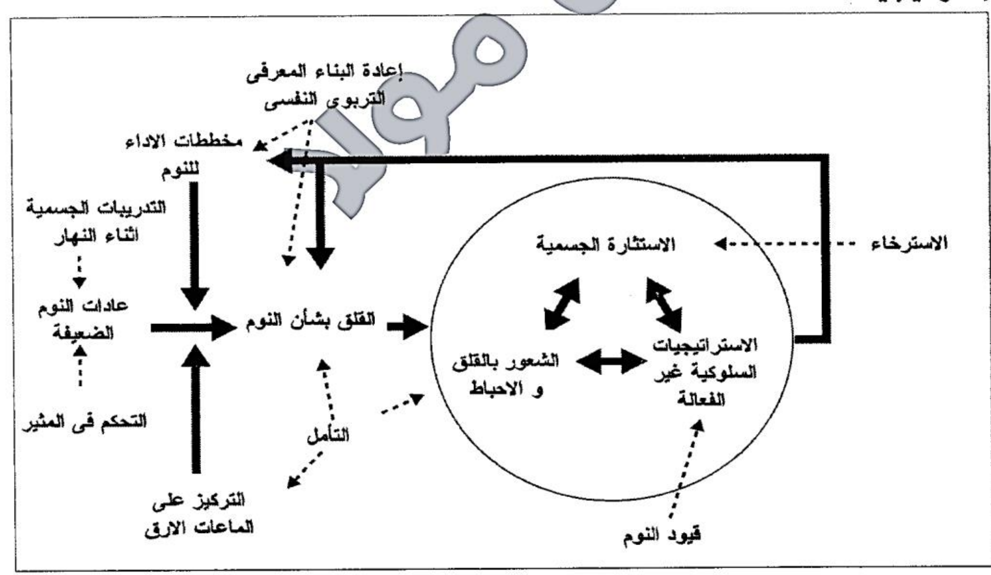
الخلود إلى النوم ، بالإضافة إلى متابعة الوقت الذى يبقوا فيه مستيقظين . عمليات الانتباه التلقائى والمراقبة هذه ، مع الإدراك المنشوّدة لاضطرابات النوم ، والمعتقدات اللاتكيفية ومحاولات الحصول على النوم الكافى والتى تأتى بنتائج عكسية ، يُفترض أن كل هذا يسبب زيادة فى القلق المفرط المصاحب للاستثارة الجسمية والتوتر الشخصى.تشتمل الاستراتيجيات الفعالة التى تعترض الدورة المفرغة عند تونى على ما يأتى :

(1)تصحيح المعارف اللاتكيفية وتعليمه عن طبيعة النوم ،ومشكلات النوم .

(2) تعليمات التحكم فى المثير(محو "التقييل أثناء النهار وتجنب الإفراط فى النوم أثناء عطلة نهاية الأسبوع)

(3)تقليل مقدار الوقت الذى يقضيه فى السرير وهو يحاول الخلود إلى النوم .

كما أن هناك إستراتيجية مفيدة أخرى – ولكن لم يتم اختيارها- ألا وهى التأمل القائم على التفكير . كما أوضحنا من قبل ، فإن القلق بشأن النوم يسهم بشكل كبير فى مشكلات النوم ،كما أوضحنا فى الفصل السابع ،فإن التدخل القائم على التأمل إستراتيجية فعالة لمقاومة القلق والتفكير . الشكل (26) يلخص الإستراتيجيات الفعالة ،ونعرض لكل إستراتيجية أدناه .



الشكل (26) الإستراتيجيات التى تستهدف النوم

❖التربية النفسية

إن الميكانيزمات الديمومة(مثل :عادات النوم الصحية الضعيفة) ،والأحداث الناتجة (مثل: الضغوط) والاستعداد -- كلها عوامل تسهم فى نمو الأرق . الأفراد ذوو مشكلات النوم غالباً ما تكون لديهم مفاهيم خطأ عن مقدار النوم المطلوب ،والميكانيزمات البيولوجية التى تقف خلف النوم ، وتأثيرات قلة النوم ، والإستراتيجيات ،المفيدة فى تزويد الجسم بالنوم الكافى .ومن ثم ، فإن التربية النفسية عن هذه القضايا تعتبر إستراتيجية علاجية مبدئية مفيدة وفعالة جداً . إن ميل المريض للمبالغة فى تقدير خطورة قلة النوم غالباً ما يديم مشكلات النوم ، فالنوم عملية بيولوجية طبيعية .ففى حالة الأرق الأوّلى ،ينخرط المريض – بشكل متناقص – فى إستراتيجيات نوم لاتكيفية كمحاولة للتحكم فى النوم . نقّدم فيما يلى مثال على التربية النفسية عن النوم . هذا المثال يفسّر وظيفة النوم ويقدم الفكرة التى مؤداها أن محاولات تونى لزيادة نومه تضخم المشكلة فعلاً .

المثال العيادى :التربية النفسية عن النوم

بناء على تقييمنا ، فإنك تلاقى المعايير الشخصية للأرق الأوّلى . نحن نطلق عليه "الأوّلى" لأنه ليس هناك سبب آخر واضح لمشكلات النوم لديك ،مثل الاكتئاب مثلاً . الخبر الطيب الذى أزفه إليك هو أننى أعتقد أن أرقك سوف يستجيب بشكل جيد إلى للعلاج الذى سوف نقدمه لك ، قبل مناقشة الإستراتيجيات المعينة ، أود أن نأخذ دقيقة نستوضح فيها وظيفة النوم ، ونتناقش سوياً فى الإستراتيجيات التى سوف تستخدمها للتحكم فى نومك .

النوم عملية طبيعية . لو جسمنا طلب الطعام ، فإننا نصبح جوعى ، ومن ثم هناك حاجة تناول الطعام ، لو أن جسمنا تطلب السائل، نصبح ظمئي ، ولو أن جسمنا تطلب الراحة فإننا نصبح متعبين ونحتاج إلى راحة. هذه هى الدوافع الأولى أو الرئيسية التى تواجهها المراكز الدنيا في القشرة المخية ، خصوصاً الهايبوتلاموس (ما تحت السرير البصري) – والذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي . وكما هو واضح من الرسم فإن الجهاز العصبي اللاإرادي يعمل بشكل لا إرادي ، أي بدون تحكم إرادي أو وعي . فهو يتحكم في التنفس ، درجة

حرارة الجسم . كما أنه يحدد ما إذا كنا جوعا أو عطشا ، ويتحكم في النوم . على الرغم من أن هذه العمليات تحدث بشكل لا إرادي ، إلا أن من الممكن إعاقتها بواسطة عمليات القشرة المخية العليا والتي تقع تحت سيطرتنا ، وإراداتنا . على سبيل المثال ، يمكن أن تحرم نفسك من الطعام ، أو الشراب ، على الرغم من أنك جائع ، أو عطشان . على نحو مشابهة ، يمكنك إعاقة نومك بأن تقوم بعمل أشياء معينة ، وتجنب أشياء أخرى .

هذه في الغالب طرائق معينة في التفكير والتصرف تستخدمها أنت لتساعد قدرتك على النوم ، ولكنها تأتي بنتائج عكسية حيث تبقى على مشكلات النوم لديك . قبل مناقشة السلوكيات والأفكار التي تسهم في مشكلات النوم لديك ، أريد أن أعطيك بعض المعلومات الأساسية عن النوم . من فضلك أخبرني عما تعرفه عن النوم ، ما مقدار النوم الذي يحتاجه الناس ، وفقاً لاعتقادك ؟ ما هي نتائج قلة النوم ؟ هل تعرف استراتيجيات معينة تقضي على مشكلات النوم (ناقش واستكشف معتقدات المريض عن النوم) . أتمنى أن هذه المناقشة كانت مفيدة . لذا ، بإيجاز ، دعنا نصل إلى النقاط التالية :

1) النوم عملية طبيعية تحدث بدون أي تحكم واعي أو إرادي من جانبنا .

(2) ليس هناك حد أدنى للنوم يحتاج إليه الناس ، فكثير من الناس يحتاجون إلى 7- 8 ساعات ، وبعضهم يحتاج فقط إلى خمس ساعات أو أقل ، في حين يحتاج البعض الآخر إلى تسع ساعات .

(3) مقدار النوم الذى تحتاجه يعتمد على الساعة الداخلية لديك

(4) هذه الساعة يمكن إعاقتها بالانتقال إلى نطاق زمنى مختلف ، الضغوط ، الأدوية الكحول ، المخدرات والأدوية ، أو عادات النوم لديك .

❖ إعادة البناء المعرفى .

من الممكن أن التربية النفسية عن النوم تصحح بفاعلية عدداً من المعتقدات التى لدى المريض على النوم ، والتى تبناها لفترة طويلة من الزمن ، ولكنها غير دقيقة . على سبيل المثال . غالباً ما يندهش الناس عندما يعلمون عن الحدوث الطبيعى للنوم ، متوسط زمن النوم ، النتائج طويلة المدى للحرمان من النوم .

فكثير من المعارف اللاتكيفية التى يعتنقها الناس ذوو الأرق عبارة عن أخطاء مفاهيمية ترجع إلى أخطاء مرتبطة بالتفكير الكوارثى (المبالغة فى النتائج السالبة لحدث أو موقف معين ، أو وضع الأمور فى غير موضعها الصحيح) . يقوم المعالج النفسى – كما هو الحال بالنسبة للأساليب المستخدمة للمشكلات النفسية الأخرى . بطرح أسئلة إرشادية للتعرف على الأفكار اللاتكيفية (الحوار السقراطى) . إن القلق بشأن الذهاب للنوم عملية إشكالية لأنها تبقى على المشكلة . الحوار الأتى يوضح استخدام الطريقة السقراطية فى استهداف الأرق .

المثال العيادى : دور القلق

المعالج النفسى : أخبرتنى أنك تشعر بالقلق الشديد عندما تذهب إلى السرير . هل لك أن تخبرنا مما تقلق تحديداً ؟

تونى : أشعر بالقلق من أننى قد لا آخذ القسط اللازم من النوم ، كما أننى أشعر بالقلق من أشياء أخرى ترتبط بالدراسة .

المعالج النفسى : عندما تقلق من أنك قد لا تأخذ القسط اللازم من النوم ، من أى شئ تخاف أن يحدث إذ لم تأخذ هذا القسط اللازم من النوم ؟

تونى : حسب الظروف . عندما يكون لدى مشروع مهم ينبغى القيام به اليوم التالى ، فإنى أشعر بالقلق من أننى قد لا أكون قادراً على إتمام هذا المشروع ، أو أشعر بالقلق من أننى قد أكون متعباً جداً بشكل لا يجعلنى أؤدي بشكل جيد فى امتحان ما .

المعالج النفسى : ماذا سيحدث لو أن أداءك لم يكن جيداً فى امتحان ما ، أو مشروع ما ؟

تونى : أعتقد أنى سأفشل فى الامتحان .

المعالج النفسى : ماذا بعد ؟

تونى : إذاً ، لن أحصل على درجتى العلمية .

تونى : هذا أمر فظيع ، حيث سيغضب والدّى .

المعالج النفسى : أنا واثق من انهما سوف يغضبون . لقد رأيت – بناءاً على المعلومات عن النوم والتى تناقشنا فيها سوياً قبل ذلك – أن هذا السيناريو غير محتمل . لقد تحدثنا عن انك كنت قادراً عل ى القيام بمهام هامة فى اليوم التالى – حتى وإن كنت قد رأيت أنك لم تأخذ القسط اللازم من النوم . ومع ذلك ، لكى نفهم سبب رؤيتك لأهمية أخذ القسط اللازم من النوم ليلاً ، نحتاج إلى تصّور حدوث ما تخاف منه إذ لم تنام بشكل كافى . لتحقيق ذلك ، أريد ان أستكشف السيناريو والنتيجة الأسوأ . لذا ، دعنا نفترض

انك فشلت فى الجامعة ، وغضب والداك . وماذا بعد ؟

تونى : لا أعرف . لم أفكر فيما يحدث بعد ذلك . أعتقد أن علىّ أن أبحث عن عمل آخر

المعالج النفسى : ما نوع هذا العمل ؟

تونى : لست متأكداً . علىّ أن أفكر فيه . أعتقد انه من الممكن أن أعمل فى مطعم — فقد كنت أعمل بهذه الوظيفة عندما التحقت بالجامعة .

المعالج النفسى : أفهم أن الفشل فى الجامعة موقف غير مرغوب فيه ، وسوف يجعل والديك يشعران بخيبة الأمل . ومع ذلك ، حتى لو حدث ذلك ، أنت سوف تبحث عن طريقة للتعامل مع الموقف الجديد . بالاضافه إلى ذلك ، أننا على قناعة من هذا السيناريو غير محتمل الحدوث . هل تتفق معى ؟

تونى : أعتقد ذلك .

المعالج النفسى : لذا ، هناك احتمال ضعيف جداً أن يحدث هذا السيناريو ، وحتى لو حدث ، فإنك سوف تدير الأمر ، وتتعايش معه . الشئ الغريب هو أن القلق جعل هذا السيناريو محتمل الحدوث بالفعل بشكل أكثر منه إذ لم تشعر بالقلق — إن القلق من أنك لن تأخذ القسط اللازم من النوم هو السبب الرئيسى فى عدم خلودك إلى النوم . إذاً ، ما نريده هو أن نقنع عقلك بأن القلق غير مفيد . فى الحقيقة ، القلق يجعل الأشياء أكثر سوءً لأن القلق يتداخل مع الحالة الطبيعية للخلود إلى النوم .

تونى : إذاً كيف أمنع القلق ؟

المعالج النفسى : سؤال جيد . سوف نناقش عدداً من الاستراتيجيات التى تقلل من القلق لديك . الخطوة الأولى المهمة هى أن تدرك أن القلق جزء كبير من المشكلة . ومن المهم أيضاً أن تفهم أن عدم أخذك قسطاً كافياً من النوم لن يؤدى إلى الأحداث الكوارثية التى تتوقعها . بدلاً من محاولة إجبار جسمك على النوم ، أريدك أن تستمع إلى جسمك وتعاود تدريب جسمك . برفق على النوم ليلاً .

◆التحكم فى المثير

إن استراتيجيات التحكم فى المثير تخاطب ميكانيزمات الكبح التى تنشط بسبب الإثارة الشرطية المرتبطة بالأرق . على سبيل المثال ، فإن الإلماعات الموقفية للسرير وحجر النوم يمكن

أن ترتبط بمشكلات النوم والمشاعر المرتبطة بهذه المشكلات . (مثلاً : القلق) عندما يكافح الفرد لعدة ليالى مع مشكلات النوم فى نفس الموقف . تقوم استراتيجيات التحكم فى المثير على الافتراض بان وقت ومكان النوم (زمن النوم ، وحجرة النوم) يرتبطان بالمحاولات غير الناجحة المتكرر للخلود إلى النوم . ومع الوقت ، تصبح هذه المثيرات إلماعات شرطية للتنشيط أو الاستثارة التى تبقى على الأرق . إن هدف التحكم فى المثير هو إعادة ربط السرير ، وزمن النوم ، وحجرة النوم بمحاولات النوم الناجحة .إن التحكم فى المثير قاعدة سلوكية فعالة وأساسية لإعادة إنجاز وتحقيق النوم . هناك عدد من الإستراتيجيات البسيطة نسبياً ، ولكنها فعالة لربط النوم بالسرير وحجرة النوم . فيما يأتى ، تعرض لطرائق فعالة للتحكم فى المثير .

المثال العيادى : التحكم فى المثير

1- اذهب الى السرير فقط عندما تشعر بالرغبة فى النوم .

2- اجعل السرير للنوم وللجنس ، لا شئ آخر (مثلاً : القراءة أو مشاهدة التلفاز) .

3- إذ لم تستطع النوم لمدة نصف ساعة ، اخرج من غرفة السرير ، أذهب إلى غرفة أخرى ، وقم بعمل أى شئ يجعلك ترغب فى النوم (استمع إلى الموسيقى ، أو اقرأ شيئاً ممتعاً) .

4- استيقظ فى وقت واحد كل صباح .

5- لا تنام بالنهار .

❖ قيود النوم

إن استراتيجيات قيود النوم تستهدف مقدار الوقت المبالغ فيه الذى يقضيه الفرد فى السرير ، وهو يحاول النوم . الهدف من إستراتيجية قيود النوم هو وضع مقدار الوقت الكلى الذى يقضيه الفرد فى السرير فى مصاف واحد مع الوقت الحقيقى الذى يحتاجه للنوم . لكى ما يحدد الفرد الوقت اللازم للنوم ، من الضرورى أن يكون معه ، أو يحتفظ بسجل للنوم لمدة أسبوعين ، يدون فيها الوقت الذى يذهب فيه إلى السرير ، الوقت الذهب فيه إلى النوم ، والوقت الذى استيقظ فيه . وبناء على هذا السجل ، يتم حساب متوسط وقت النوم .

ينبغى ان يقيّد الوقت المنقضى فى السرير بمتوسط وقت النوم بالإضافة إلى 30 دقيقة . على سبيل المثال ، إذا أشار سجل النوم لتونى إلى أن متوسط زمن النوم هو 6,5ساعة ، إذاً ينبغى ان يكون الوقت الذى يقضيه فى النوم هو 7 ساعات . نظراً لأنه يضبط المنبه على الساعة السادسة صباحاً ، وإذا يجب أن يذهب إلى النوم الساعة 11 كل ليلة . على الرغم من ان الناس يتباينون بشكل جديد بالاعتبار فى مقدار النوم الذى يحتاجون إليه ، فغن الزمن الذى يقضيه الفرد فى السرير نادراً ما ما يكون أقل من 5 ساعات . ومع ذلك ، ينبغى أن يستخدم المعالج النفسى درجة من المرونة فى تحديد الوقت ، وأن الوقت فى السرير ينبغى أن يتكيف بناءً على نجاح هذه الطريقة .

❖الاسترخاء والتفكير

هناك عدد من الأساليب التى يمكن ان تكون مفيدة فى خفض الاستثارة الجسمية المصاحبة للقلق بشان النوم . على عكس الحكمة الشعبية فإنه لا جدوى من عدّ الغنم ، لأن هذا النشاط – على الرغم من انه ممل – يتطلب مقداراً من النشاط المعرفى جدير بالاعتبار .

بدلاً من ذلك ، فإن استراتيجيات الاسترخاء التى تركز على الجسد يبدو انها مفيدة وناجحة ومع ذلك ، تجدر الإشارة إلى أن بعض تدريبات الاسترخاء مثل استرخاء العضلة التدريجى تكون أكثر فعالية عند وضعها فى سجل مكتوب ، وهو شئ مطلوب معرفياً .أيضاً فإن هذه الطرائق ليست مثالية فى التشجيع على النمو لأنها لا تؤدى إلى خفض الإثارة المعرفية . هناك بعض الطرائق البديلة ، وتشتمل على شد أصبع القدم ، التصوّر ، وإستراتيجية التنفس . هذه التدريبات يمكن القيام بها متى رغب الفرد فى ذلك ، ولكن نوصى – بوجه عام – الا تقل فترة التدريب عن 15 دقيقة قبل محاولة الخلود إلى النوم . وبناءً على احتياجات المريض ، يمكن دمج هذه التدريبات بسهولة (شد الأصبع أثناء التنفس ، وتصوّر مشهد سار) .

أخيراً ، من الممكن استخدام العديد من التدريبات الطبية التى عرضناها فى الفصول السابقة كبدائل أو مع تدريبات الاسترخاء هذه . نعرض فيما ياتى بعضاً من الاستراتيجيات الفعالة .

مثال عيادى : شد أصبع القدم

1- استلق على ظهرك وأغمض عينك

2- شد أصابع قدمك العشر فى اتجاه وجهك .

3- عدّ إلى عشرة . ثم أرخ أصابعك

4- ثم عدّ إلى عشرة مرة أخرى ، ولكن ببطء

5- كرر هذه الدورة

مثال عيادى : تدريب التنفس

1- استلق على ظهرك وأغمض عينك .

2- ضع أحد يديك على بطنك والأخرى على صدرك ، لاحظ كيف تتحرك بطنك ، وصدرك إلى أعلى وإلى أسفل أثناء الشهيق والزفير

3- ركز على تنفسك .إذا دخلت أفكار أخرى إلى عقلك ، أجعلها تدخل : و تخرج ، ثم ركز مرة أخرى على تنفسك .

4- أبطء من تنفسك بالانتظار ما يقرب من ثانيتين لتنفس (الشهيق) بعد إتمام دورة الزفير .

مثال عيادى : التصوّر

استلق على ظهرك وأغمض عينك .

تخيل نفسك في مكان آمن (على الشاطئ ، في الغابة ، على الجبل ، أو على ارض خضراء).

تخيل أصوات ، ورائحة ، ومناظر هذا المكان (مثلاً : أمواج المحيط ، خشخشة أوراق الشجر في الغابة ، النسيم البارد على الجبل).

يمكن تعزيز هذا التدريب بالاستماع إلى شريط تسجيل يشتمل على أصوات طبيعية (هناك العديد من مواقع الإنترنت التي تسمح للزائر بالتحميل المجاني للأصوات الطبيعية) .

تشير عادات النوم الضعيفة إلى العادات التي تسهم في اضطراب النوم . تشمل هذه العادات على العديد من العوامل التي عرضناها ، وتناقشنا فيها سابقاً . هناك عوامل أخرى نعرض لها فيما يأتي :

مثال عيادي : تحسين عاداتك الصحية للنوم

1- تجنب شرب الكحول والكافيين (بما في ذلك الصودا ، والشاي) وتناول الشيكولاته . إذ لم تستطع تجنب هذه الأشياء تماماً ، لا تتناولها خلال الأربع أو الست ساعات قبل النوم . الشيكولاته والكافيين منبهات نفسية . الكحول ينتج عنه في البداية النوم ، ومع ذلك ، فإن له تأثير محفّز بعد ذلك بساعات قليلة عندما ينخفض مستوى الكحول في الدم .

2- تجنب السكريات ، والأطعمة الثقيلة ، والطعام كثير التوابل . إذ لم تستطع تجنب هذه الأطعمة تماماً ، فلا تتناولها خلال الأربع أو الست ساعات التي تسبق النوم . بدلاً من ذلك ، تناول الأطعمة الخفيفة التي يسهل هضمها (مثلاً : الفراخ ، الأرز الأبيض ، الخبز الأبيض ، الخضروات المطبوخة ، شربة الدجاج ، المكرونة السادة)

3- أعط لنفسك وقتاً للاسترخاء قبل الذهاب إلى السرير ، تجنب القيام بأنشطة عقلية شاقة قبل الذهاب للنوم مباشرة .

4- تجنب التعامل مع المواقف المثيرة وجدانياً ، بما في ذلك المسلسلات الوجدانية ، قبل الذهاب للسرير مباشرة .

5- تأكد من أن حجرة النوم بيئة مريحة وسارة . لابد أن يكون سريرك مريحاً . درجة الحرارة في الحجرة ينبغي أن تكون سارة (باردة) ، وجيدة التهوية ، طيبة الرائحة .

6- يجب أن تكون حجرة النوم مظلمة وهادئة . إذا كانت هناك أصوات ، حاول أن تغيّر الحجرة ، أو استخدام سدادة الأذن .

7- حاول أن تكون لك عادات للنوم يمكن تطبيقها قبل الذهاب للسرير . هذه العادات يمكن أن تشتمل على عدد من الأشياء . يمكن أن تقوم بالأتي : الاستماع إلى أغنية معينة ، أو ألبوم معين (مثلاً : الاستماع إلى موسيقى كلاسيكية) ، الاستماع إلى الراديو، أو أخذ حمام دافئ . لا تحاول مشاهدة التلفاز لأنه قد يكون محفزاً . أيضاً ،

حاول عدم تناول السوائل قبل النوم (مثل : اللبن الدافئ ،، الشاي) لأن هذا قد يعوق نومك بعد ذلك إذا أردت أن تستيقظ في منتصف الليل لتذهب إلى دورة المياه . أما بالنسبة للأفراد الذين لا يجدون أن شرب السوائل يعوقهم ، فمن الممكن تناول اللبن الدافئ والعسل .

8- حدد وضعية النوم التي تستريح فيها أكثر . بعض الناس يجدون من السهولة النوم على الظهر ، والبعض الآخر يفضل النوم على الشق الأيمن . وعند النوم على الشق الأيسر ، من السهل ملاحظة ضربات القلب ، وهذا قد يؤدي إلى التشويش على بعض الناس ، وصرف انتباههم .

❖ التدريب الرياضي البدني أثناء اليوم

هناك إستراتيجية مفيدة للأرق ، على الرغم من أنها لم تحظ بالقدر الكافي من البحوث ألا وهي التدريب البدني الرياضي أثناء اليوم . يُوصي بعمل بعض التدريبات الرياضية (مثل المشي) أثناء اليوم ، ولكن ينبغي تجنب التدريبات الثقيلة قبل وقت النوم .

من المحتمل أن التدريب الشاق أثناء الصباح ، أو أثناء اليوم — مع الوضع في الاعتبار الوظيفة الاستيعادية للنوم — مفيد في علاج الأرق (مثلاً :30دقيقة على الأقل على طاحون الدوّس) . إن التأثير البسيط للإرهاق الجسدي مع أداء نشاط جسدي من المحتمل أن ينتج عنه (استهلال قصير للنوم ، والإبقاء على النوم أو الاستمرار فيه .

الدعم التجريبي

العلاج الأكثر شيوعاً للأرق الأوّلي تمثل في العلاج الدوائي مثل الأدوية المضادة للاكتئاب (Walsh & Schweitzer,1999) . هناك عدد من الدراسات أوضحت أن العلاج المعرفي السلوكي بديل فعال ، وصحي ، وسهل التحمل للعلاج الدوائي (Morin et al,2206 ,Lacks& Morin,1992 ,Edinger&Means,2005) .

تشير هذه الدراسات إلى أن العلاج النفسي والسلوكي يؤدي إلى تغيرات موثوق بها في العديد من قياسات النوم لدى الأفراد ذوى الأرق الأوّلي أو الأرق المصحوب بالاضطرابات النفسية والطبية . علاوة على ذلك ، فإن التحسينات التي أُنجزت نع هذه العلاقات بقيت بشكل جيد مع الوقت . على سبيل المثال ، في دراسة مضبوطة أخفي عن المشاركين فيها طريقة العلاج المعرفي السلوكي (الذي يشتمل على التربية النفسية ، والتحكم في المثير ، وقيود وقت النوم) مع استرخاء العضلة التدريجي والتدخل النفسي لإرضاء المريض والذي يتكون من العلاج شبه يزيل الحساسية ، والذي صَّمم لإزالة الآثار الشرطية (Edinger et al,2001) . تم توزيع 75 مريض بشكل عشوائي على أحد العلاجات الثلاثة التي استمرت لمدة 6 أسابيع . ثم استخدام القياس القبلي ، والقياس البعدي ، والقياس التتبعي بعد ستة أشهر . حقق العلاج المعرفي السلوكي تحسينات أفضل من المجموعتين الأخرويتين بعد العلاج مباشرةً ، وفي القياس التتبعي بعد ستة أشهر . هذه التحسينات كانت واضحة في سجلات النوم لدى المريض ، وفي استبيانات التقرير الذاتي .

المراجع

Craske, M. & Barlow , D. (2006). *Mastery of your anxiety and panic : Therapist guide.* New York: Oxford University Press.

Craske, M. , Antony , M. & Barlow , D. (2006). *Mastery of your fears and phobias . Treatments that work , 2 nd edition , therapist guide.* New York: Oxford University Press.

Edinger , J. & Carney, C. (2008). *Overcoming Insomnia : A cognitive – behavioral therapy approach. Therapist Guide* . New York: Oxford University Press.

Otis, J. (2007) . *Managing chronic pain: A cognitive – behavioral therapy approach (Workbook).* New York: Oxford University Press.

Silberman , S. & Morin , C. (2009). *The insomnia workbook: A comprehensive guide to getting the sleep you need* . Oakland , CA: New Harbinger .

Thorn , B (2004). *Cognitive therapy for chronic pain :* A step – by – step guide . New York: Guilford .



هـــذا الكتـــــاب

إن العلاج المعرفى السلوكى نــوع من العــلاج بسيــط ، وواضــح ، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات و المعــارف التــى تؤثـر بشكــل سببــى ، و قــوى فــى الوجــدانيـات و السلـــوكيـــات ، و مـن ثـم تـسـهـم فـى حـل المشكـلات النـفـسيـة
و تعتمد أساليب العلاج ، على الاضطراب المستهدف ، و تتغير الأساليب كلما زادت المعلومات عن المشكلة المستهدفة هذا الكتاب يعطى مقدمة عن مدخل العلاج المعرفى السلوكى المعاصر لبعض الاضطرابات النفسية إن هذا العلاج الذى يسلك طريقه بشكل صحيح فى سبيل الهيمنة على علاج الاضطرابات النفسية الهدف منه هو تلخيــص استــراتيجيـات العلاج المعرفى السلوكى التى ثبتت فعاليتها تجريبيا ، بالاضافة إلي المداخل المعاصرة للعلاج المعــرفى السلوكى التى مازالت تحتاج إلي صدق من التـجــارب الـعـيـاديـة ، و الاخـتـبـارات المـعـمـلـيـة جـيـدة الـضـبـط
أعدَ هذا الكتاب للطلاب و الأطباء ، بالإضافة إلي صانعى السياسات و المستهلكين الذين يريدون التعلم عن خيارات العلاج النفسى الفعالة الهـدف هو تقـديـم دليـل علاجــى عملى يسير خطوة - خطوة لبعض الحالات النفسية الشائعة حيث يُقدم لأولئك الذين يرغبون فى تعلم البدائل العلاجية النفسية للاضطرابات العقلية الشائعة نأمل فى أن هذا الكتاب سوف يُيسر فهم العلاج المعرفى السلوكى حيث تظهــر الدراســات التــى تقــارن بينه و بين العــلاج الطبــى الـدوائى أن العــلاج المعــرفى السلــوكى علــى الأقــل مماثل فى الفعاليــة للعــلاج الطبى الدوائى ، و فى كثير من الحالات تبين أنـــه أفــضــل مـــن الــعـــلاج الــطــبــى الــدوائــى الأكــثــر فــعــالــيــة

والله ولي التوفيق ، ، ،

النـاشــر
عبد الحي أحمـد فـؤاد

دار الفجــر للنشــر و التوزيع
4 شارع هاشم الأشقر - النزهة الجديدة - القاهرة تليفون :26246252 فاكس : 26246265
www.daralfajr.com daralfajr@yahoo.com
I.S.B.N
978-977-358-252-9